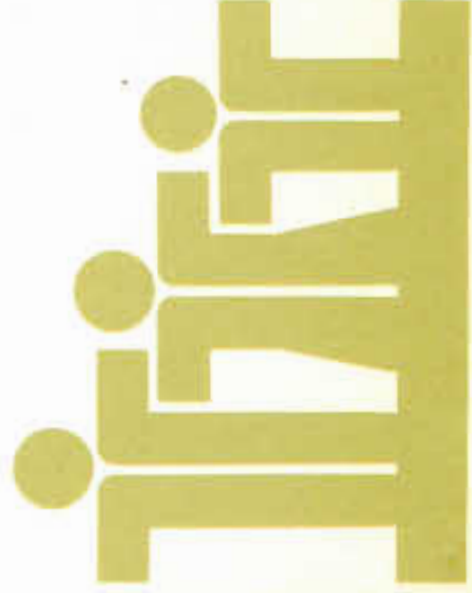


Maurizio Andolfi

Terapia familiar

**Un enfoque
interaccional**



Paidós Terapia Familiar

En los lúcidos exámenes que proporciona este libro, la familia, considerada como unidad sistémica, deja de ser el objeto de una intervención que confía en la clarividencia del técnico o en la acción externa del fármaco para hallar una solución a sus problemas, y se convierte en el verdadero eje del proceso terapéutico. El libro de Andolfi incluye abundantes ejemplos. Todos ellos han sido extraídos de la experiencia clínica del autor y muestran la posibilidad real de activar las valencias positivas y autoterapéuticas que todo el núcleo social posee en su interior: en este sentido, la terapia familiar se erige en intervención que se propone devolver al sistema en apuros el control de sus problemas relacionales.

Andolfi, valiéndose de la experiencia acumulada junto a algunos de los más destacados terapeutas familiares (Minuchin, Haley, Zwierling, Framo) intenta una adaptación y una aplicación crítica del enfoque relacional y ofrece un modelo sistémico que, partiendo de la idea del *grupo-familia*, se acaba ampliando para investigar la relación dialéctica de esta última con realidades sociales más complejas. Se trata de una concepción amplia y circular, donde la familia no es más que un *sistema entre sistemas*. Todo ello —una verdadera terapia *con* la familia— permitirá enfrentarse con contradicciones, roles y estereotipos sociales que inciden profundamente tanto sobre el núcleo familiar como sobre el equipo terapéutico.

ISBN 84-7509-650-6



Paidós Terapia Familiar

Terapia familiar

Últimos títulos publicados:

34. L. Cancrini - *La psicoterapia: gramática y sintaxis*
35. W. H. O'Hanlon y M. Weiner-Davis - *En busca de soluciones*
36. C. A. Whitaker y W. M. Bumberry - *Danzando con la familia*
37. F. S. Pittman III - *Momentos decisivos*
38. S. Cirillo y P. Di Blasio - *Niños maltratados*
39. J. Haley - *Las tácticas de poder de Jesucristo*
40. M. Bowen - *De la familia al individuo*
41. C. Whitaker - *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*
42. M. M. Berger - *Más allá del doble vínculo*
43. M. Walters, B. Carter, P. Papp y O. Silverstein - *La red invisible*
45. M. Selvini - *Crónica de una investigación*
46. C. R. Herscovici y L. Bay - *Anorexia nerviosa y bulimia*
48. S. Rosen - *Mi voz irá contigo*
49. A. Campanini y F. Luppi - *Servicio social y modelo sistémico*
50. B. P. Keeney - *La improvisación en psicoterapia*
51. P. Caillé - *Uno más uno son tres. La pareja revelada a sí misma*
52. J. Carpenter y A. Treacher - *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*
53. M. Zappella - *No veo, no oigo, no hablo. El autismo infantil*
54. J. Navarro Góngora - *Técnicas y programas en terapia familiar*
55. C. Madanes - *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*
56. M. White y D. Epstein - *Medios narrativos para fines terapéuticos*
57. W. R. Beavers y R. B. Hampson - *Familias exitosas*
58. L. Segal - *Sóñar la realidad*
59. S. Cirillo - *El cambio en los contextos no terapéuticos*
60. S. Minuchin - *La recuperación de la familia*
61. D. A. Bagarozzi y S. A. Anderson - *Mitos personales, matrimoniales y familiares*
62. J. Navarro Góngora y M. Beyebach - *Avances en terapia familiar sistémica*
63. B. Cade y W. H. O'Hanlon - *Guía breve de terapia breve*
64. B. Camdessus y otros - *Crisis familiares y ancianidad*
65. J. L. Linares - *Identidad y narrativa*
66. L. Boscolo y P. Bertrando - *Los tiempos del tiempo*
67. W. Santi (comp.) - *Herramientas para psicoterapeutas*
68. M. Elkaim (comp.) - *La terapia familiar en transformación*
69. J. L. Framo - *Familia de origen y psicoterapia*
70. J. M. Droeven (comp.) - *Más allá de pactos y traiciones*
71. M. C. Ravazzola - *Historias infames: los maltratos en las relaciones*
72. M. Coletti y J. L. Linares - *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*
73. R. Perrone y M. Nannini - *Violencia y abusos sexuales en la familia*
74. J. Barudy - *El dolor invisible de la infancia*
75. S. Minuchin y otros - *El arte de la terapia familiar*
76. M. Selvini Palazzoli y otros - *Muchachos anoréxicos y bulímicos*
77. S. Cirillo y otros - *La familia del toxicodependiente*
78. P. Watzlawick y G. Nardone (comps.) - *Terapia breve estratégica*
79. M. Malacrea - *Trauma y reparación*
80. J. Navarro Góngora y J. Pereira Miragaia (comps.) - *Parejas en situaciones especiales*
81. J. L. Linares y C. Campo - *Tras la honorable fachada*
82. V. Ugazio - *Historias permitidas, historias prohibidas*

Maurizio Andolfi

Terapia familiar

Un enfoque interaccional



PAIDÓS

Barcelona
Buenos Aires
México

EDUARDO ILLANES VERDAS

PSIQUIATRA

RUT: 6.842.212 4
RCM 10846 4

Título original: *La terapia con la familia. Un approccio relazionale*
Publicado en italiano por Casa Editrice Astrolabio Ubaldini Editore, Roma

Traducción de Eduardo Prieto

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier método o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 1977 by Casa Editrice Astrolabio Ubaldini Editore, Roma
© 1991 de todas las ediciones en castellano,
Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona
y Editorial Paidós, SAICF,
Defensa, 599 - Buenos Aires
<http://www.paidos.com>

ISBN: 84-7509-650-6
Depósito legal: B-7.009/2001

Impreso en Novagràfik, S. L.,
Vivaldi, 5 - 08110 Montcada i Reixac (Barcelona)

Impreso en España - Printed in Spain

INDICE

Agradecimientos	10
Palabras liminares, por Carl A. Whitaker	11
Introducción	13
<i>Capítulo 1.</i> La familia como sistema relacional	17
Premisas metodológicas	17
Del diagnóstico individual al estudio sistémico del comportamiento perturbado	23
Elección de una intervención	28
<i>Capítulo 2.</i> La formación del sistema terapéutico	36
El equipo terapéutico	36
El ambiente terapéutico (36); La relación terapeuta-supervisor (39)	
La primera sesión	41
Presección (41); La primera sesión (42); 1. Estadío social (43); 2. El estudio del problema (49); 3. El estadío interactivo (57); 4. El contrato terapéutico (69)	
<i>Capítulo 3.</i> La comunicación no verbal	74
Significado del lenguaje analógico	74
Relaciones con el módulo verbal (76)	
El espacio en la interacción humana	80
Espacio y movimiento en la terapia familiar	84
La escultura de la familia	86
<i>Capítulo 4.</i> La prescripción	93
La directividad en terapia familiar	93
Clasificación de las prescripciones	97
A) Prescripciones reestructurantes	98
1. Prescripciones contrasistémicas (100); 2. Prescripciones de contexto (101); 3. Prescripciones de desplazamiento (102); 4. Prescripciones de reelaboración sistémica (104); 5. Prescripciones de refuerzo (106); 6. Prescripciones de utilización del síntoma (107)	
B) Prescripciones paradójales	112

	1. La paradoja terapéutica (112); 2. Premisas (113); 3. Significado de la paradoja en la terapia (114); 4. Prescripción del síntoma (116); 5. Prescripción de las reglas (119); 6. Cómo elegir la prescripción (130)	
	C) Prescripciones metafóricas	132
	1. La metáfora como modalidad comunicativa (132); 2. La prescripción (135)	
Capítulo 5.	La participación de los niños en la terapia familiar a través del juego	139
	El juego como medio para facilitar la participación de los niños en la terapia familiar	141
	El juego como medio para recoger informaciones sobre el sistema familiar	144
	El juego como modalidad reestructurante	146
Capítulo 6.	¿Resolución del síntoma o cambio del sistema?	150
	El problema de la desvinculación: el caso Luciano	150
	Composición del núcleo familiar (150); Envío y motivaciones para una terapia relacional (150); Fases de la terapia (153)	
	Significado relacional del comportamiento encopréptico de Alex	167
	Composición del núcleo familiar (167); Envío y motivaciones para la terapia familiar (168); Fases de la terapia (168)	
Bibliografía		175

A la memoria de mi hermano Silvano

Prendere il mondo a braccetto
 carezzarlo dolcemente.
 Che follia.
 Così ho detto a uno specchio
 che mai riproduce
 la mia immagine vera.
 Arrosendo in viso
 ha allargato le braccia
 l'uomo nello specchio.
An umbrella maker
 vende u suoi ombrelli
 sognando la pioggia
 che bagna la terra
 per avere un buon pane.
 — Speriamo che piova
 domani
 a Dublino—
 ho detto allo specchio:
 e lui sorrideva
 di un mio vero sorriso.

Tomar al mundo del brazo
 acariciarlo dulcemente.
 Qué locura.
 Así dije a un espejo
 que nunca reproduce
 mi imagen verdadera.
 Enrojeciendo
 extendió los brazos
 el hombre del espejo.
An umbrella maker
 vende sus paraguas
 soñando con la lluvia
 que baña la tierra
 para tener un buen pan.
 — Esperemos que llueva
 mañana
 en Dublín—
 dije al espejo,
 y él sonreía
 con una verdadera sonrisa mía.

SILVANO ANDOLFI

PALABRAS LIMINARES

El Dr. Maurizio Andolfi, "Andi" para mi perro y para mí, es uno de los teóricos de cuarta generación de la terapia familiar. Este libro, que él llama "relacional", quizás a Ud. no le caiga bien. Podría regalárselo a un colega rival en el día de su cumpleaños. Resulta confuso combinar las enseñanzas de Zwerling y Laperrière con Ferber. Agréguese a eso un análisis a lo Horney y bátase con dos onzas de Minuchin y una pizca de Haley, y Andolfi es capaz de enloquecer a sus amigos y colegas. Su trabajo junto a Cancrini lo reaculturó un poco, pero un Romano es siempre un Romano, y, por supuesto, no podría entender problemas tales como los que nosotros dominamos en los Estados Unidos.

Suponiendo que un colega rival suyo tenga buena formación y sea un pensador de causa-y-efecto, Ud. podría encontrar maneras de ver cómo se retuerce. Si él no ha probado los métodos paradójales, seguramente se tomará una larga vacación de su trabajo. Si ya es un buen terapeuta familiar, puede volverse un poco hipomaniaco, y quizás su equipo hable con Ud. en privado. Aliéntelos a sugerir que el colega trabaje más duro y deje de leer el libro, o, mejor aun, que lo done a la biblioteca de asistentes sociales de la escuela; éstos leen todo. Si el equipo se queja de que el libro aconseja enseñar a las familias enfermas a ser sus propios terapeutas, resista todo impulso de ir a comprobarlo. Ninguna familia podría volverse autorreparadora cuando ya es disfuncional. Sabemos que la única esperanza es la ayuda profesional. También sabemos que el terapeuta no debe interactuar con la familia. Si se quejan de que el director del equipo suele desternillarse de risa o que le repugna la comida, tranquilícelos diciéndoles que sólo se está liberando interiormente mediante absurdas charlas y cuentos de triángulos sobre pautas fa-

miliares de tensión que probablemente Andi leyó en un manual del "Anticristo". No muestre ninguna reacción si hablan de enseñar a la madre e hijos a jugar durante la entrevista, mientras Andi cuchichea con el padre en el cuarto vecino. Es sólo una patraña. Si ellos infieren que su sistema de entrenamiento está cambiando y que el realizar esculturas, tareas creativas y cumplir reglas tontas hace ameno el trabajo, tenga la precaución de advertirles que con el tiempo la ciencia corregirá todo eso, pero que ampliar las lecturas podría desquiciar largos años de práctica y que las nuevas experiencias harían oscilar sus puertas y rechinar los goznes oxidados.

Además, si su estimado rival se le arrima y le habla de las tres clases de tareas terapéuticas y de la clasificación de las reglas de la familia, sugiérale —con gentileza, por supuesto— que las olvide y también que no debería leer esas historias de un terapeuta y un miembro de una familia que complotan a espaldas de la familia. Ayudar a un miembro de una familia sana que está haciendo de enfermo es, en última instancia, absurdo y contraproducente.

Si su rival dice que según Andi una paradoja es una situación en que una afirmación sólo es verdadera si es falsa, insista por favor en que ese sinsentido es meramente un chiste italiano sin ningún valor práctico acerca de nuestras teorías, que tienen una notable calidad. En forma similar, los relatos de casos sobre la curación del alcoholismo y de depresiones graves son pura propaganda. Cualquier profesional bien adiestrado lo haría mejor. Si el rival sigue protestando acerca de entrevistas detalladas de caso, rechace categóricamente esas grotescas afirmaciones.

Dicho sea de paso, si empieza a proferir exclamaciones respecto de ese poder de alta presión, semejante a la hipnosis, que Andi enseña, insista en que guarde ese secreto. Es algo maquiavélico.

Esté seguro de que el libro de Andi sólo puede estropear el bien fundado entendimiento de su rival. Leerlo debería estar prohibido para todos, salvo los más cándidos.

Ultimo y por lo menos: Ud. no lo lea. Podría despertarlo del todo, y entonces su familia comenzaría a quejarse.

CARL A. WHITAKER, M. D.

Department of Psychiatry
University of Wisconsin-Madison

INTRODUCCION

Este libro nació del trabajo realizado en los últimos seis años en contacto con familias que presentaban problemas "psiquiátricos". En distintos países he conocido familias de diversa extracción social y cultural, pertenecientes a grupos étnicos y religiosos diferentes, y la interacción con ellas me permitió madurar una experiencia bastante útil en el plano humano, profesional y sociopolítico. Observando con atención las dinámicas existentes dentro de cada grupo familiar, he comprendido que si bien puede variar notablemente la matriz del malestar, las problemáticas, conflictualidad y contradicciones son, en cierto sentido, universales y, en formas diversas entre sí, pueden reencontrarse dentro de mi familia o de las de otros trabajadores sociales.¹

En la mayoría de los casos he podido comprobar que el *verdadero* malestar no consiste en la *perturbación* expresada por una persona o por todo un grupo, que más bien traduce a menudo una necesidad de autonomía, un pedido de atención, un deseo de rebelión, un estado de dependencia, etcétera, sino en los *significados* que expresa la perturbación misma. Así, una sintomatología anoréxica, un comportamiento delirante, un estado depresivo, una perturbación encopretica, asumen distintos significados según el modo en que nos enfrentamos con ellos; si los vemos como *perturbación mental*, intrínseca a la persona, nos llevarán inevitablemen-

¹ Sobre la base de tal supuesto, en la formación en terapia familiar he tratado de profundizar las dinámicas interactivas internas del sistema familiar de cada terapeuta. La experiencia directa me ha convencido de que un trabajo asiduo en este sentido constituye un punto de partida fundamental para un mayor conocimiento del propio yo y, en última instancia, para una mayor sensibilidad en la formación de vínculos terapéuticos vitales y responsables.

te a estudiar la naturaleza del paciente y a buscar en su interior las causas de la perturbación. De esta manera, el malestar se clasifica y se inserta en un esquema rígido, que lo vuelve más estático e irreversible, en tanto no capta su significado relacional y las implicaciones propias del contexto social en que cobró vida ese comportamiento. Con este enfoque la sociedad y la familia, que representa una de las expresiones fundamentales de aquélla, pueden aislar, estigmatizar, mistificar y confundir, si no tienen en cuenta todos los componentes que contribuyen, en una situación dada, a determinar o a mantener un cierto comportamiento.

En este libro he tratado de describir de un modo simple y comprensible las teorías sistémicas, verificando la utilidad y los límites de un discurso relacional en un contexto terapéutico. El trabajo directo con las familias y las actividades de enseñanza² de terapia relacional me han proporcionado la motivación para elaborar un libro de terapia familiar, que puede representar un comienzo de reflexión y de crítica para todos aquellos que, en diversos niveles, actúan en el campo asistencial. Por motivos de claridad he restringido el campo al análisis exclusivo del sistema familiar, aunque en realidad un enfoque sistémico, justamente en razón de los supuestos conceptuales de los que surge, no puede limitarse a mirar un sistema sin verlo en relación con los otros que interactúan con él.

Se trata sin duda de un libro *técnico* (si por ello se entiende entrar en lo específico de realidades terapéuticas) que aunque remonte a supuestos teóricos y experiencias clínicas, maduras en los países anglosajones en los últimos veinte años, representa sin embargo un intento de traducción y de aplicación crítica del enfoque relacional al contexto italiano, que nace de la necesidad de ofrecer al trabajador social un modelo sistémico con el que pueda confrontar su propio proceder en las situaciones en que debe intervenir.

La familia representa, en este sentido, un terreno importante y prioritario en el que puede ubicarse un discurso relacional que, una vez asimilado, permite superar los límites del grupo-familia para

² Ambas actividades se desarrollan en el Centro Studi della Comunicazione nei Sistemi-Terapia Familiare nell'infanzia e nell'adolescenza (Roma, via Reno, 30), y en menor medida en el Istituto di Neuropsichiatria Infantile de la Universidad de Roma.

explorar la relación dialéctica de este último con realidades sociales más complejas, según una modalidad circular.

La terapia *con* la familia permite enfrentarse con contradicciones, roles y estereotipos sociales que inciden profundamente tanto sobre el núcleo familiar como sobre el equipo terapéutico. Tal confrontación constituye un momento de reflexión y de esclarecimiento respecto de modalidades comunicativas basadas sobre esquemas inauténticos, roles sexuales y familiares rígidos que obstaculizan un proceso de cambio, ya en acto en otros niveles en el contexto social.

Más particularmente, la terapia debe permitir al paciente identificado recuperar su capacidad de autodeterminación en un contexto familiar cambiado, donde se redescubren y activan potencialidades terapéuticas antes inexpressadas y capaces de dar un significado distinto a una perturbación, no vivida ya como un estigma, sino como *señal* y momento de crecimiento de un grupo con historia. Esto en pro de una participación más auténtica en la vida de la comunidad.

AGRADECIMIENTOS

Querría agradecer ante todo a los participantes en los cursos de formación en terapia relacional, por haberme estimulado con su entusiasmo y sus observaciones críticas durante el tiempo en que trabajamos juntos. Agradezco particularmente a mis colaboradores directos, Paolo Menghi, Anna Nicolò y Carmine Saccu, con los que he profundizado en los últimos años en el estudio de la familia y de la terapia relacional y que aportaron una inestimable contribución a la elaboración de este libro.

Debo agradecer además a los que considero como los maestros que más influyeron sobre mí: Salvador Minuchin y Jay Haley, que en mi período de trabajo en la Philadelphia Child Guidance Clinic me impresionaron por su riqueza de pensamiento, su experiencia clínica y su capacidad docente; Kitty Laperriere, del Ackerman Family Institute de Nueva York, y Andy Ferber, del Albert Einstein College de Nueva York, por la atención que prestaron al proceso de crecimiento personal y de grupo de los terapeutas familiares; Helen DeRosis, de la Karen Horney Clinic, en lo referente a mi análisis personal; Luigi Cancrini, con quien inicié el estudio y el trabajo de terapia familiar en 1969, y que me estimuló en la profundización de la metodología relacional.

Mi mayor agradecimiento lo debo, por supuesto, a mi familia de origen, en cuyo seno, a través de una realidad larga y penosa de "enfermedad mental", aprendí a comprender y apreciar el coraje, la dedicación, el sacrificio, la voluntad de cambio, y también a comprobar la dificultad que implica separar todo eso de temores irracionales, angustias, debilidades, estereotipos, etcétera.

Por último, pero no de menor importancia, vaya mi agradecimiento a mi mujer Marcella, que siempre me sostuvo y enriqueció con una sensibilidad y un coraje extraordinarios.

CAPITULO 1

LA FAMILIA COMO SISTEMA RELACIONAL

PREMISAS METODOLOGICAS

Para analizar la relación que existe entre comportamiento individual y grupo familiar en un único acto de observación, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir, como un *sistema relacional*¹ que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Por ende, si queremos observar la interacción humana, y más en particular la familia, siguiendo un enfoque sistémico, debemos aplicarle las diversas formulaciones y las deducciones de los principios válidos para los sistemas en general.²

En el curso del libro el lector podrá darse cuenta de la diferencia sustancial que existe entre los objetivos de la indagación psicológica tradicional y los de la investigación sistémica, en la que pierde importancia lo que se refiere a la estructura interna de las diversas unidades, tomadas aisladamente, y en cambio adquiere relieve y es objeto de búsqueda lo que ocurre *entre* las unidades del sistema, es decir, las modalidades según las cuales, momento por momento, los cambios de una unidad van seguidos o precedidos por cambios de las otras unidades.

Así, partiendo de las afirmaciones de von Bertalanffy (1971),

¹ Se define como sistema relacional "al conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente" (Parsons y Bales, 1955).

² Para un estudio profundizado de esta materia remitimos al lector a los textos fundamentales de la *Teoría General de los Sistemas* de von Bertalanffy y de la *Pragmática de la Comunicación Humana*, de Watzlawick y colaboradores.

para el cual *todo organismo es un sistema, o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas*, del mismo modo se puede considerar la familia como un sistema abierto³ constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior. De la misma manera se puede postular que todo grupo social es a su vez un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica.⁴

En este capítulo me limitaré a considerar sólo tres aspectos de las teorías sistémicas aplicadas a la familia, útiles para comprender luego el significado de una terapia relacional:

a) *La familia como sistema en constante transformación*, o bien como sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa (exigencias que cambian también con la variación de los requerimientos sociales que se le plantean en el curso del tiempo), con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen (Minuchin, 1977).

Este doble proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, *tendencia homeostática* y *capacidad de transformación*: circuitos retroactivos actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación (*feed-back*) orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa), o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva).

En efecto, la verificación de la importancia de los mecanismos de retroalimentación negativa destinados a proteger la homeostasis del sistema, en el ámbito de familias con problemas psiquiátricos, ha representado uno de los giros decisivos en el campo de la terapia familiar.

³ Se define como abierto un sistema que intercambia materiales, energías o informaciones con su ambiente.

⁴ La unidad, partícula elemental de todo sistema, cambia entonces según el sistema analizado: por ejemplo, en el sistema molecular la unidad es el átomo, pero si el sistema considerado es el átomo, el principio de observación cambia radicalmente.

Se evidenció así que los sistemas familiares en los que se ha estructurado en el tiempo un comportamiento *patológico* en alguno de sus miembros, tienden a repetir casi automáticamente transacciones dirigidas a mantener *reglas*⁵ cada vez más rígidas al servicio de la homeostasis. "Jackson, al observar que las familias de los pacientes psiquiátricos mostraban a menudo repercusiones importantes (como depresión, perturbaciones psicosomáticas, etcétera) en el momento en que el paciente mejoraba, fue uno de los primeros en postular que estos comportamientos, y quizás aun antes la enfermedad del paciente, eran mecanismos de tipo homeostático, destinados a salvaguardar el delicado equilibrio de un sistema perturbado" (en Watzlawick, 1971).

En el curso de los años, sin embargo, el concepto de homeostasis ha sido hipertrofiado y utilizado de un modo impropio o genérico, hasta el punto de restringir el ámbito de expectativas respecto de la capacidad de cambio de las familias "perturbadas". La terapia misma ha terminado a menudo por consolidar el *statu quo*, más bien que activar potencialidades creativas presentes en el sistema familiar, aunque con frecuencia no se expresaran.⁶

En efecto, una de las críticas formuladas a la terapia familiar y a la psicoterapia en general es la relativa al peligro de que el proceso terapéutico, en último análisis, *readapte* al individuo a modelos de comportamiento que responden a estereotipos sociales y a roles y funciones familiares rígidas, más bien que producir un efecto liberador en el plano individual y grupal.

Buckley llegó a invertir completamente esta tendencia a privile-

⁵ Por *regla de una relación* se entiende la estabilización de las definiciones de la relación misma, a través de un proceso dinámico de ensayo y error.

⁶ "En todas las familias existe un proceso de aprendizaje y de crecimiento y es justamente allí donde un modelo de pura homeostasis comete los mayores errores, porque estos efectos se hallan más cercanos a la retroacción positiva" (Watzlawick, 1971). "La diferenciación del comportamiento —prosigue Watzlawick—, el refuerzo, el aprendizaje, el crecimiento definitivo y la partida de los hijos, todo eso indica que si bien la familia, desde un punto de vista, está equilibrada por la homeostasis, desde otro punto de vista intervienen en su funcionamiento factores importantes y simultáneos de cambio, por los cuales el modelo de interacción familiar debe incorporar estos y otros principios en una configuración más compleja."

giar los procesos homeostáticos, afirmando que las retroalimentaciones positivas son los vehículos a través de los cuales los sistemas sociales crecen, crean e innovan y, por consiguiente, los describe como procesos morfogénicos (en Speer, 1970).

En realidad, "la tendencia homeostática por un lado y la capacidad de transformación por el otro, en cuanto caracteres funcionales del sistema, no son respectivamente algo mejor ni peor" (Selvini, 1975). Ambas cosas parecen indispensables para mantener el equilibrio dinámico dentro del sistema mismo, en un *continuum* circular.⁷

b) *La familia como sistema activo que se autogobierna*, mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y el error, que permiten a los diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no lo está, hasta llegar a una definición estable de la relación, es decir, a la formación de una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo⁸ y susceptibles, con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones.

Como todo organismo humano, la familia no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo. Por lo tanto, vale también para ella todo lo que dijo von Bertalanffy (1971) a propósito del *organismo activo*: "El estímulo (por ejemplo, un cambio en las condiciones externas) no *causa* un proceso en un sistema

⁷ Por lo tanto, toda evaluación en términos moralísticos resulta arbitraria e inútil, tal como es simplista considerar la homeostasis y la transformación como entidades separadas.

⁸ Minuchin (1977) afirma que "los modelos transaccionales que regulan el comportamiento de los miembros de la familia se mantienen por obra de dos sistemas coactivos. El primero comprende las reglas que rigen habitualmente la organización familiar, es decir, la presencia de una *jerarquía de poder* —en la cual padres e hijos tienen diferentes niveles de autoridad— y de *complementariedad de funciones* —en la que los miembros de la pareja parental aceptan una interdependencia recíproca—. El segundo está representado fundamentalmente por las *mutuas expectativas* de cada miembro de la familia respecto de los demás. El origen de estas expectativas está sepultado por años de negociaciones, explícitas e implícitas, sobre pequeños y grandes eventos cotidianos".

que de otra manera sería inerte: sólo modifica procesos en un sistema autónomamente activo".

Así, todo tipo de tensión, sea originada por cambios dentro de la familia (*intrasistémicos*: el nacimiento de los hijos, su crecimiento hasta que se independizan, un luto, un divorcio, etcétera) o provenga del exterior (cambios *intersistémicos*: mudanzas, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, cambios profundos en el plano de los valores, etcétera), vendrá a pesar sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado, y de consentir el crecimiento de sus miembros, por otro. Y es justamente en ocasión de cambios o presiones intra o intersistémicas de particular importancia cuando surge la mayoría de las perturbaciones llamadas psiquiátricas.

Baste observar las profundas transformaciones ocurridas en menos de un decenio en nuestro sistema social (acrecentada importancia de lo colectivo respecto de lo individual, cambio creciente y radical en los roles y en las funciones de la pareja tanto a nivel de la relación interpersonal como de la configuración social, progresiva disgregación del modelo patriarcal de familia extensa con una autonomía y diferenciación cada vez mayor de la familia nuclear, cambio de significatividad de la prole, etcétera) para comprender la exigencia fundamental de buscar un equilibrio nuevo entre las tendencias homeostáticas y el deseo de transformación.

Tal búsqueda, en el plano de los pequeños grupos, puede llevar, en situaciones particularmente expuestas, a descompensaciones o endurecimientos en uno o en otro sentido, con el consiguiente malestar individual, de pareja, y aun más a menudo en el ámbito de los hijos.

Partiendo de estos supuestos, el primer objetivo del terapeuta consistirá en evaluar correctamente la incidencia de los factores "perturbadores" capaces en muchos casos de provocar una auténtica descompensación en el funcionamiento familiar: está claro que la utilización de diagnósticos psiquiátricos o de terapias tendientes a etiquetar al individuo en dificultades (ignorando su contexto social y los factores de presión internos y externos) terminan por ser un ulterior elemento de descompensación, tanto más dele-

téreo porque se lo hace actuar como tentativa de solución del problema.⁹

c) *La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas* (escuela, fábrica, barrio, instituto, grupo de coetáneos, etcétera). En otras palabras, esto significa que las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales: las condicionan y están a su vez condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico.

De equilibrio dinámico habla también Lévi-Strauss cuando afirma, a propósito de la relación entre grupo social y familias que lo constituyen, que tal relación "no es estática como la que existe entre la pared y los ladrillos que la componen. Es más bien un proceso dinámico de tensión y oposición con un punto de equilibrio extremadamente difícil de encontrar, porque su localización exacta está sometida a infinitas variaciones que dependen del tiempo y de la sociedad" (Lévi-Strauss, 1967).

Por consiguiente, si bien es verdad que centrar la observación en la familia es una opción subjetiva, arbitraria y limitativa, sigue siendo sin embargo cierto que "la familia, en tanto instancia de socialización —según la denominación de Parsons— se ubica bastante antes de la escuela, de los movimientos juveniles, de las pandillas de adolescentes o simplemente del grupo de coetáneos, como intermedia entre lo que es propio de lo individual, de lo natural, de lo privado, y lo que pertenece a lo social, a lo cultural, a lo público" (Hochmann, 1973).

Por lo tanto, si partimos de la premisa de que la familia es un sistema *entre* otros sistemas, la exploración de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la vida de los grupos en los que el individuo está más arraigado será un elemento indispensable para la comprensión de los comportamientos de quienes forman parte de éstos y para la realización de una intervención significativa en situaciones de emergencia.

⁹ "En ciertas circunstancias los problemas surgen simplemente porque se ha intentado erróneamente cambiar una dificultad existente, o bien —lo que es aun más absurdo— una dificultad inexistente" (Watzlawick, 1974).

DEL DIAGNOSTICO INDIVIDUAL AL ESTUDIO SISTEMICO DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADO

Si se aceptan los supuestos sistémicos antedichos, resulta clara la exigencia de que se dirija la atención no a la persona sino a los sistemas relacionales de los que participa: al pasar de lo individual a lo colectivo, el interés se traslada de hecho de la *explicación* del comportamiento individual, tomado aisladamente, a la *observación* de las interacciones que ocurren entre los diversos miembros de la familia y, en fin, entre la familia entendida como unidad y los otros sistemas que interactúan con ella.

En un plano práctico, una observación dedicada a estudiar los datos y a las personas en función de la dinámica interactiva, más bien que de los significados intrínsecos, es decir una óptica relacional-sistémica, contrasta decididamente con la habitual visión mecanicista-causal de los fenómenos, que durante siglos ha dominado nuestra cultura influyendo sobre nuestras modalidades de pensamiento más cotidianas.

Afirmar que el comportamiento de un individuo es *causa* del comportamiento de otro individuo es un error epistemológico, tal como lo es decir que un niño es "malo" en la escuela porque la familia no lo ha educado adecuadamente (según una lógica lineal: defectuosa educación familiar → mal comportamiento del niño en la escuela).

El error de presentar los problemas en términos diádicos de causa-efecto consiste en puntuar arbitrariamente una situación de por sí circular, aislando un dato del contexto pragmático de los que lo han precedido y de los que lo seguirán inmediatamente en el tiempo. Dentro de una perspectiva sistémica parece bastante limitativo el significado de muchas intervenciones, sean farmacológicas o psicoterapéuticas, fundadas sobre el supuesto de que el objeto de la terapia es el individuo "enfermo". En realidad, las modalidades de abordaje que se originaron en la investigación psicológica y psiquiátrica tradicional, en especial en el ámbito de la infancia y la adolescencia, se orientaron casi exclusivamente a observar al individuo como un organismo separado, considerando absolutamente marginales todos los demás componentes que interactúan con él.

El enfoque familiar, en efecto, ha sido aceptado con muchas re-

ticencias en el sector de la infancia,¹⁰ tanto en los Estados Unidos, donde se originó, como en Europa y en particular en Italia, donde la psiquiatría infantil ha puesto siempre el acento sobre el análisis más o menos prolijo de los conflictos internos del niño y de sus problemas de personalidad, prescindiendo de la observación profundizada de las relaciones familiares y socioambientales del niño mismo, consideradas de poca importancia o a lo sumo analizadas sólo en el nivel teórico.

No se aparta mucho de este punto de vista, por lo menos en los resultados, el método de trabajo del equipo médico-psico-pedagógico en el cual, aunque se ponga también el acento sobre el análisis de las realidades contextuales del niño, la fragmentación de las intervenciones y la jerarquización rígida de los roles profesionales lleva más a una colección teórica, arbitraria y limitativa de los datos, que a un real conocimiento de las necesidades del niño y de su familia.

El requerimiento de informaciones y la observación directa del *contexto*¹¹ en que se originó un determinado comportamiento o la confrontación entre modos diversos de definir el problema por parte de los directamente implicados en él, está en verdad muy limitada en los centros médicos, en los ambulatorios neurológicos y psiquiátricos, en los centros de higiene mental, justamente porque

¹⁰ En el curso de este libro dedicaré mucho espacio al trabajo realizado en el ámbito de niños y adolescentes, porque en mi opinión la validez de la terapia familiar es directamente proporcional a la precocidad del tratamiento, respecto del proceso de estructuración de un cierto comportamiento "patológico", en sistemas todavía susceptibles de transformaciones significativas.

¹¹ La importancia fundamental del contexto en que tiene lugar toda comunicación humana es una adquisición reciente de la indagación socio-psicológica. Frases, relaciones, actitudes, estados de ánimo asumen un significado respecto de una situación específica, o sea, de las circunstancias particulares que, en un preciso momento, circundan a una o más personas e influyen en su comportamiento. No evaluar todo esto puede significar atribuir a un comportamiento dado un *significado* totalmente *distinto*, hasta llegar a considerarlo anormal, insensato, malvado, absurdo, delictivo, etcétera. Resultará tanto más incomprensible cuanto más rígida y convencional sea la perspectiva del observador. "Si un hombre se lava los dientes en una calle llena de gente en lugar de hacerlo en su baño, es muy fácil que termine en una dependencia policial o quizás en el manicomio" (Watzlawick, 1971).

la mayor parte de los profesionales creen que pueden explicar el comportamiento "perturbado" imaginando que el niño o el adulto que lo muestra está "enfermo".

En este sentido la *lógica de la internación* en un manicomio o en un pabellón de crónicos aparece decididamente como carcelaria y claramente *antisistémica*.

La intervención sobre la crisis, cuando se la realiza, termina invariablemente por conducir a una fase de aislamiento si el circuito del temor y de la consiguiente delegación, por un comportamiento considerado con excesiva precipitación como peligroso o anormal, no se sustituye por un enfoque tendiente a captar sus aspectos contextuales más significativos y a descifrar su lenguaje en términos relacionales, para enfrentar luego el *real* problema que reside mucho más a menudo *entre* las personas que *en la* persona que resulta ser la más implicada.

El niño en dificultades es con frecuencia objeto de observación según una modalidad no disímil de la que aplica el laboratorista en sus investigaciones: su comportamiento "enfermo" o "desviado" será el preparado que se analizará en el microscopio en la fase diagnóstica.

La terapia variará además según las exigencias: unas veces se basará en fármacos, otras se orientará según términos pedagógicos, o será más intensiva como en el caso de una terapia de juego, pero siempre traslucirá un enfoque diagnóstico dirigido a aislar el órgano enfermo del conjunto de las otras relaciones significativas.

Un modo completamente distinto de plantear el problema consiste en considerar a la familia como un sistema del cual el niño forma parte (que sólo es obviamente uno entre varios, como la escuela, el barrio, el clan, etcétera) y en cuyo ámbito puede asumir un significado el comportamiento "diverso". Se prescinde así de la necesidad de reconstruir una historia y una evolución clínica con puros fines anamnésicos: se prefiere comenzar de cero, analizando las relaciones que existen *aquí y ahora* entre el niño y la familia, en un único acto de observación.

Este tipo de análisis ha sido objeto de muchas críticas por parte de quienes han visto en él una modalidad acrítica y más particularmente un enfoque que termine por desinteresarse de la historicidad del individuo. Se trata, sin embargo, de una crítica superficial, en tanto a través del análisis de las relaciones interpersonales más

significativas y actuales de los componentes de una familia se llegará necesariamente a vincular los datos observados con la evolución histórica de la familia misma, en un cuadro sistémico, es decir, no limitándose a una investigación etiológica de claro cuño médico.

Hacerlo significa considerar a la familia como un sistema relacional, es decir, no como la suma de una serie de comportamientos individuales separados, sino como algo que, aun incluyendo todo eso, de alguna manera lo supera y lo articula en un conjunto funcional.¹²

Una vez desviado el foco de una óptica individual a una sistémica, también la intervención familiar resulta trunca y parcial si no permite incluir en su campo de indagación las otras realidades significativas que interactúan con la familia: la escuela, el trabajo de los padres, el barrio, la vecindad, el grupo de coetáneos.

Tal peligro ha sido subrayado por uno de los más geniales terapeutas familiares, Salvador Minuchin, cuando afirma que "el campo que enfoca la terapia familiar es necesariamente más amplio que el de la psiquiatría infantil tradicional, pero incluso la terapia familiar ha tendido a limitar sus intervenciones al ámbito familiar, sin ampliar su campo a la escuela, el barrio, o en algunos casos incluso a la familia extensa" (Minuchin, 1970).

En tal sentido, Auerswald divide a los estudiosos de los problemas familiares en tres categorías:

- 1) aquellos cuyo modo de valorar un problema sigue una epistemología tradicional lineal;
- 2) aquellos que han desarrollado una epistemología ecológica o han virado hacia ella;
- 3) aquellos que están pasando de la primera a la segunda.

Y además, al describir la manera en que se puede plantear un programa de formación para jóvenes terapeutas de la familia, afirma que: "La mejor manera de exponer a las personas interesadas a situaciones en que deban razonar en términos ecológicos, consiste

¹² La totalidad se define como lo opuesto de la sumatividad y es una característica fundamental de los sistemas abiertos: el conjunto de las partes constituye algo más y distinto de la suma de éstas.

en enviarlas a un gueto urbano, asignándoles la tarea de planear cómo actuar con familias en dificultades y proporcionándoles simultáneamente un sistema de información que contenga todo lo que sabemos sobre individuos, familias y sistemas sociales, incluido el conocimiento de la teoría general de los sistemas, de la cibernética, de la teoría de la información, de la antropología cultural, de la cinética de la ecología general y social,¹³ de la territorialidad humana, etcétera" (Auerswald, 1972).

En la dimensión histórica y sociopolítica italiana, considero que el modelo sistémico puede asumir significados y perspectivas distintos de los que tuvo en el contexto norteamericano, donde globalmente las técnicas psiquiátricas aun más avanzadas han terminado por sumergirse en la realidad sin analizarla políticamente, con el resultado último de reducir a un ámbito técnico, sectorializado, toda posibilidad de transformación de la realidad misma. Sólo si logramos superar la dicotomía entre el acto técnico y el acto político y cerrar la fractura entre las líneas propias de la investigación sociológica en el plano de los grandes grupos y las de la investigación interpersonal en el plano de los pequeños grupos (donde es más urgente el requerimiento de ayuda psicológica y terapéutica), podremos llegar a mirar al individuo como una unidad; sobre todo, se restituirá la subjetividad al paciente, que se sentirá menos distinto y cada vez más parte viva de la colectividad social.

El concepto de enfermedad mental *individual* ha entrado en crisis, y junto con él, toda la psiquiatría tradicional. "La respuesta parece estar implícita en la crisis: es la psicología social, la psiquiatría de las familias, de los grupos, de las comunidades, la psiquiatría de los trastornos colectivos. Pero en este punto conviene preguntarse qué le pide el sistema político a la psiquiatría, y si por acaso las nuevas tareas confiadas a esta disciplina no resultan bastante más importantes y, al mismo tiempo, más peligrosas que en el pasado" (Jervis, 1975).

La *peligrosidad* será, en mi opinión, particularmente acentuada si persiste la discontinuidad entre el sistema político y la satisfacción de las exigencias de la comunidad en lo referente a asistencia

¹³ Para Herry Aponte "el enfoque ecológico-sistémico asegura que todo el proceso de planificación para una comunidad responda a las realidades y a las necesidades de esa misma comunidad" (Aponte, 1974).

(incluso psicológica); la *importancia* me parece que se vincula con la posibilidad de una superación del concepto de neutralidad técnica, por una parte, y de que llegue a soldarse lo individual con lo social y lo comunitario, por otra.

Lo cual replantea, en último análisis, "la exigencia de considerar que la práctica política y la terapia (como intervención que se realiza respecto del pequeño grupo), son intervenciones cuya homogeneidad es fundamental reconocer y respetar" (Cancrini, 1974).

ELECCION DE UNA INTERVENCION

La familia Bianchi, en la que Gianni, hijo de catorce años, tiene un comportamiento rebelde y se ve implicado repetidamente en hurtos, tanto en su casa como fuera de ella, padece un evidente estado de malestar.

Tratemos de observar diferentes posibilidades de intervención para poder evaluar la manera de obtener un cambio estable del estado de malestar, es decir, que resulte liberador para Gianni y para todo el grupo familiar.

Mandar a Gianni al colegio: permitiría quizás que disminuyera transitoriamente el estado de malestar de los progenitores; sin duda un menor malestar por parte de éstos y de la hermana mayor, Marina, en el exterior, en tanto no se sentirían señalados por los vecinos y conocidos como "la familia que tiene un ladrón en la casa".

Gianni vivirá su envío al colegio como un castigo, por ser la "oveja negra" de la familia; es probable que al volver esté resentido contra sus familiares, y el resultado último será un empeoramiento de su comportamiento habitual.

Enviar a Gianni a una institución de reeducación: acentuaría la culpabilización del muchacho; también los familiares sentirían amenazada su reputación social a raíz de una medida más grave y estigmatizante, que sólo se toma porque se vuelve "inevitable".

Suministrar fármacos a Gianni: sería un intento de contención de un comportamiento socialmente inaceptable, al que se le aplica una etiqueta diagnóstica (caracterialidad, perturbaciones de la personalidad, etcétera) para justificar el uso del fármaco. De esta ma-

nera se termina por reforzar el peso de la perturbación, considerada cada vez más intrínseca a la persona, hasta hacerla inevitable.

En la mejor de las hipótesis una intervención farmacológica produciría cambios muy transitorios, provocados de un modo mágico desde el exterior, y excluiría a Gianni y al contexto familiar de una búsqueda y de un empeño común en superar el problema.

Proponer a Gianni una psicoterapia individual: podría llevar a una profundización de varios componentes de la personalidad de Gianni y de sus conflictos internos o interpersonales, pero excluiría, indudablemente, a los progenitores, a la hermana y al contexto ambiental: la búsqueda del cambio estaría sólo a cargo de Gianni o, mejor dicho, de la díada Gianni-terapeuta.

Lo que parece criticable en el enfoque individual no es por cierto la profundización de conflictualidades internas del individuo, sino la hipótesis conceptual según la cual se deben buscar las causas del comportamiento disocial de Gianni dentro de su persona, prescindiendo, por ende, de un análisis relacional de los vínculos familiares y socioambientales.

Una modalidad de intervención así concebida puede tener consecuencias notables en el plano familiar y social. Al responder al requerimiento de una familia en dificultades con un diagnóstico individual y con una propuesta de terapia que se desarrolla igualmente en el plano individual, se propone una explicación de este tipo: Gianni *se comporta* de un modo disocial y rebelde porque *es* disocial y rebelde, y se corrobora así con la autoridad de un "experto" un proceso de invalidación de la esencia misma de Gianni.

A la familia de la que Gianni proviene y cuyas dificultades él expresa, el diagnóstico y la sucesiva terapia individual pueden parecerle una realidad desagradable, pero en última instancia tranquilizadora, porque la "enfermedad" de Gianni explica las dificultades de la familia, sin cuestionar a esta última, que sólo ha sufrido los efectos.¹⁴

¹⁴ Esto resulta particularmente evidente en el caso de familias en las que uno de los hijos está afectado por una enfermedad orgánica; en estos casos se asiste a menudo a una limitación significativa de la autonomía del niño y a una amplificación del problema (bastante más allá de las características pro-

En el plano del contexto social, por último, el diagnóstico y la terapia individual de Gianni legitiman una praxis y una organización de la asistencia basada en el modelo médico de la enfermedad y en roles profesionales que acentúan los de la tradición médico-quirúrgica; el resultado último de tal proceder es necesariamente un proceso gradual de marginación y de amplificación de la diversidad; la disocialidad de Gianni, una vez etiquetada, será el órgano enfermo que hay que curar y devolver curado. Familia y comunidad no se sentirán partícipes, en ningún nivel, de un proceso vivido como mágico, y en todo caso realizado sin que se requiera una implicación directa de aquéllas.

Observemos ahora una *intervención sistémica*, partiendo de algunas premisas generales. El terapeuta convocará a la familia en pleno, tratando de establecer desde el primer momento una atmósfera confidencial y colaborativa. Muchas familias, en efecto, ya han ensayado varios caminos en busca de la solución del problema, sin obtener ningún resultado. Pedir ayuda externa quizás signifique para ellas una confirmación de su incapacidad para resolver autónomamente sus propias dificultades. Es fácil que piensen que quedarán ulteriormente expuestas a las críticas del terapeuta. El hecho mismo de que se las llame a la consulta como grupo resulta con frecuencia embarazoso; alguno de los familiares puede sentirse arrastrado contra su voluntad a una empresa de la que no piensa obtener muchos beneficios, e incluso quizás resulte perjudicado. En particular, el niño o el adolescente "perturbado" es generalmente el más resentido, en tanto lo llevan a la terapia porque él es el "problema" de la familia.

Será misión del terapeuta crear un contexto terapéutico tranquilizador y colaborativo evitando asumir el rol de juez que debe pronunciar una sentencia, o el de aliado de alguno, o el rol parali-

—
pías del mal), ambas ligadas tanto a los supuestos culturales y al prejuicio social respecto de ciertas enfermedades (epilepsia, espasticidad, retardo mental, mongolismo) como a la utilización de la perturbación orgánica, que se realiza en el ámbito del sistema familiar. Un tratamiento centrado únicamente sobre el niño que presenta una de estas afecciones termina oficializando su rol de enfermo y explicando a los familiares el origen de sus conflictos, sin cuestionar en lo más mínimo el prejuicio social. La perturbación orgánica será entonces un pozo donde vendrán a confluír las tensiones familiares y extrafamiliares y de donde todos se sentirán autorizados a extraer lo que les plazca.

zante de defensor del que parece débil (es decir, deberá conjurar un *deslizamiento de contexto* desde su primerísimo contacto con el sistema familiar).

Una gran mayoría de las familias es derivada a terapia con un diagnóstico, ya formulado de antemano, referente a una disfunción de uno de sus miembros. Los familiares mismos, por otra parte, aun en ausencia de tal circunstancia, se muestran fuertemente condicionados a razonar según la lógica de la *delegación absoluta al técnico*, que deberá modificar lo que no funciona en el paciente identificado, o, a lo sumo, proporcionarles algunas indicaciones de comportamiento para salir del problema, sin esperar, por lo demás, ningún requerimiento de participación directa de ellos en la solución.

Es sorprendente observar cómo una redefinición clara y oportuna de las competencias en juego puede llevar a menudo a una transformación radical de la terapia. Esta ya no se basará sobre un estereotipo de intervención técnica, orientada a buscar una solución sea en la habilidad o en la reputación del médico o del trabajador social en general, sea en la acción milagrosa del fármaco, sino que se fundará sobre el análisis sistémico de los problemas reales de la familia y sobre la activación de todas las valencias positivas y autoterapéuticas que todo núcleo social posee en su interior. Será entonces el sistema familiar el que tomará a su cargo la gestión de los problemas relacionales que se van evidenciando y se constituirá en el eje del proceso terapéutico.

Siguiendo esta lógica, ya no tiene sentido razonar según una modalidad diagnóstica tradicional, y por ende es también inútil el uso de conceptos y términos inherentes al modelo médico. El terapeuta relacional podrá en cambio ubicarse en una primera fase como *consultor* de los problemas que la familia trae a la terapia, y en seguida como *supervisor* de los esfuerzos realizados por ésta en el curso sucesivo de la terapia.

Para realizarlo el trabajador social debe entrar a formar parte del sistema familiar con su bagaje técnico de experiencias, pero también con su personalidad, su fantasía, su sentido del humor, su capacidad para participar en las emociones de los demás, renunciando al atavismo mágico y falso del "curador".¹⁵

¹⁵ "Cuando el terapeuta se permite transformarse en un 'curador', la fa-

Así, deberá estar también en condiciones de evaluar si una intervención terapéutica es correcta o no lo es, negando la terapia en los casos en que el "problema" sea la resultante de contradicciones sociales, enmascaradas detrás de un síntoma psiquiátrico, o bien cuando la familia se vea forzada a aceptar, sin quererlo, una intervención porque se la impone algún otro (la escuela, instituto, etcétera).

Volviendo ahora a la familia Bianchi, querría señalar que los robos de Gianni se tomarán de todos modos en consideración; el terapeuta indagará empero sobre el problema en términos relacionales: saber cómo, dónde, cuándo, con quién, por qué Gianni roba no será importante para hacer un diagnóstico de estructura de la personalidad del muchacho, sino más bien para observar y explorar los efectos de estos comportamientos sobre los otros miembros de la familia y también fuera de ella (profesores, coetáneos, parientes, etcétera), y en seguida para ver cómo el comportamiento de estos últimos incide sobre el de Gianni y, en fin, el contexto general en que ocurren estas interacciones.

Por ejemplo, siguiendo una óptica relacional, los hurtos de Gianni podrán representar una modalidad más o menos explícita mediante la cual la madre puede criticar el modelo educativo paterno o su ausentismo en la gestión familiar; o para el padre, la confirmación de la "justa" rebelión del hijo ante una actitud materna apréhensiva y perfeccionista, o para Marina una fácil cobertura tendiente a obtener mayor autonomía en el exterior, dentro de un ambiente familiar rígido y autoritario; para Gianni, por último, un modo, aunque agresivo, de imponer sus propias "reglas" a sus progenitores, con el fin de obtener mayor libertad; en otros casos los hurtos del muchacho pueden cumplir una función protectora respecto de los conflictos conyugales, que podrán así ser desviados mediante el rol delictivo desempeñado por Gianni.

En un análisis sistémico los hurtos de Gianni pueden indicar también un malestar respecto del mundo externo, o traducir un problema más complejo. Gianni repite el año, se ve rechazado por la escuela y además siente que ha frustrado las expectativas de sus padres a causa de su mal rendimiento escolar.

— milia entra en disfunción para esperar que éste cumpla su trabajo" (Bowen, 1966).

Rechazo por parte de la escuela y frustración de las expectativas parentales, negados en el nivel paternal, terminan por llevar a Gianni al único comportamiento autónomo de que dispone: el síntoma.

Otra fuente de malestar extrafamiliar, bastante más grave, puede ser la desocupación del padre y una consiguiente inseguridad social; en este caso los hurtos de Gianni funcionan como campana de alarma de una disfunción social de alcance más amplio, y la atención deberá centrarse necesariamente en el nivel sociopolítico más que en términos estrictamente terapéuticos. Esto significa que al trabajador psiquiátrico se le requiere un conocimiento profundizado del contexto social, que es donde nace la necesidad específica, para comprender los límites y el significado de su propia acción técnica; conocimiento tanto más indispensable si se quiere ver la situación en términos correctos de relaciones entre sistemas.

Misión del terapeuta es por lo tanto comprender el problema en términos relacionales mediante la contribución de todos los miembros de la familia, y trazar en su mente un "mapa" de la estructura familiar, es decir, como resultante de las interacciones más significativas, tanto intra como extrafamiliares.

Entonces el terapeuta podrá pedir a cada uno de los miembros de la familia, incluido Gianni, que definan juntos un objetivo que produzca un cambio estable y dé solución al problema. También pedirá a cada uno que defina en términos concretos su propia contribución para lograr el objetivo concertado. En estos términos la terapia ya no es algo misterioso, venido de lo alto, sino que representa más bien el fruto de un compromiso de colaboración, ratificado por todos, junto con un extraño privilegiado, que desempeña así la función de activador y mediador de la familia.

Por otra parte, si los componentes extrafamiliares del problema que presenta Gianni fueran los de mayor gravitación, será tarea del terapeuta, por ejemplo, proponer una intervención basada en una confrontación más clara y activa entre escuela y familia como instituciones¹⁶ o denunciar un estado de disfunción social insosteni-

¹⁶ "Una contradicción que el terapeuta tiene a menudo que manejar, es la de aceptar en terapia problemas cuyo mandante no está representado por la familia, sino por otras instituciones, por ejemplo la escuela. Son frecuentes los casos en que los padres son objeto de una especie de chantaje, 'por el bien del niño', por ejemplo cuando la aceptación en la clase o la promoción están

ble; su acción podrá consistir de nuevo en una tarea de mediación y activación de los interlocutores más directamente implicados en el problema, para salir luego definitivamente del campo.

Analizar en términos sistémicos resulta sin duda más difícil que formular diagnósticos individuales, así como intervenir eficazmente en términos relacionales es más complejo que suministrar fármacos, pero parece ser el camino justo para una comprensión más honda del problema.

Un enfoque relacional-sistémico requiere entonces una formación seria y profunda en contacto con la comunidad, que permita superar un mero conocimiento académico y teórico de las problemáticas interactivas, mediante la superación de viejos y rígidos esquemas de roles profesionales, para asumir una competencia nueva y efectiva.

Por lo tanto, si bien las motivaciones para una operatividad así orientada parecen alentadoras, preocupa sin embargo la posibilidad de que sobre la onda de una euforia suscitada por el descubrimiento de un instrumento operativo indudablemente eficaz, se termine por recaer en un discurso lineal de causa-efecto, en el cual la familia venga a representar el motivo "culpable" de las dificultades expresadas por uno de sus miembros. En este caso se correría el riesgo de hacer pesar sobre la familia aquel mismo diagnóstico de enfermedad, precedentemente formulado respecto del paciente individual. Y todo ello pese a un enfoque que en el plano teórico finca justamente su originalidad en una observación circular de las reglas inter e intrasistémicas.

La terapia familiar y relacional, si se la capta y conduce de un modo correcto en el ámbito de la comunidad, puede considerarse como una forma de *psiquiatría social*,¹⁷ en la cual la intervención sobre la familia en particular tiende a iluminar los conflictos más

sujetas a un tratamiento psicoterapéutico. En estas circunstancias el tratamiento, sea con inclusión del niño o con la familia sola, resultaría incorrecto por el simple hecho de que si una dificultad surge en un contexto, también éste debe ser tomado en cuenta" (Andolfi-Menghi, 1976).

¹⁷ "La psiquiatría comunitaria es sólo un instrumento, no un fin, para llegar a la extinción de la enfermedad psiquiátrica entendida como etiqueta, marginación y opresión, evitando crear un ídolo en la comunidad" (Andolfi y otros, 1976).

evidentes de sus miembros y a liberar al paciente identificado de las tensiones vinculadas con su condición de chivo emisario, y la intervención en la comunidad a evidenciar la relación existente entre los problemas de esa familia específica y los de otros núcleos sociales, en un intento de romper el círculo vicioso del ostracismo social.

CAPITULO 2

LA FORMACION DEL SISTEMA TERAPEUTICO

EL EQUIPO TERAPEUTICO

EL AMBIENTE TERAPEUTICO

Creo que es oportuno describir el ambiente y las modalidades con que actuamos con las familias,¹ antes de analizar el proceso terapéutico propiamente dicho.

El ambiente terapéutico está constituido por una sala de terapia más bien grande, provista de unos pocos objetos esenciales: un grupo de sillas dispuestas en círculo, un pizarrón mural, una pequeña biblioteca y una caja de juegos, siempre presente cuando se atiende a familias con niños. En esa sala están instalados un espejo unidireccional y un equipo acústico, que permiten la visión y audición directa, desde una habitación vecina, por parte del supervisor y del grupo de los observadores.²

Otro instrumento técnico a nuestra disposición es una telecámara que permite filmar las sesiones: de esa manera el contenido de éstas puede volverlo a ver y analizar el equipo terapéutico y a veces la familia misma, mediante un aparato de televisión de circuito cerrado.

El uso de los medios audiovisuales ha resultado muy eficaz en la formación del terapeuta relacional: permite estudiar de un modo

¹ Me refiero al trabajo con familias desarrollado en Roma, en el Centro Studi della Comunicazione nei Sistemi-Terapia Familiare nell'Infanzia e nell'Adolescenza, y, en menor medida, en el Istituto di Neuropsichiatria Infantile de la Universidad de Roma.

² Más allá del aspecto asistencial, parte de nuestro trabajo tiende a la formación de trabajadores sociales en el campo de la terapia relacional; los observadores son en general estudiantes en formación que aprenden a "mirar" según una óptica sistémica.

inmediato, en el "aquí y ahora" de la situación, el entrelazamiento de interacciones familiares, la congruencia entre mensajes verbales y analógicos, la utilización del espacio y su significado pragmático, y más aun comprender la relación terapeuta-sistema familiar de un modo realmente más completo que el que se obtiene con la mera grabación de audio o con una simple discusión sobre el caso. Es decir, facilita al terapeuta la posibilidad de "ver" en términos sistémicos y muestra con fría objetividad qué difícil es el *arte* de la terapia.

Utilísima en muchos casos es la repetición (*playback*)³, es decir, volver a ver y comentar con la familia el videotape de alguna sesión considerada crucial para el proceso terapéutico.

Por ejemplo, la familia Tozzi acudió a la terapia a raíz del mutismo de Marcella y la madre trata por todos los medios de hacer hablar a la niña. Cada vez que ésta está a punto de tomar una iniciativa o simplemente de abrir la boca, la mamá se anticipa y la sustituye; la niña se vuelve cada vez más vacilante y la madre reacciona esforzándose cada vez más en alentarla; así prosigue sin fin un círculo vicioso (además, si el marido le hace notar algo, el resultado final es un endurecimiento ulterior de la situación).

Cuando se vuelve a ver el videotape de una secuencia de esta clase, se le ofrece a la madre una nueva posibilidad de comprobar directamente que el efecto de su "ayuda" es inhibir, en lugar de alentar, a la niña, y por lo tanto, de imaginar soluciones diversas y buscar alternativas de comportamiento.

Una ventaja ulterior de volver a ver el videotape con la familia consiste en el efecto cohesivo que esto puede producir, de modo que el "sistema familiar" se transforma operativamente en un "sistema terapéutico", en el momento en que la familia y el terapeuta están empeñados en un esfuerzo común.

Durante el primer encuentro se informa a la familia de estas modalidades operativas; en la mayoría de los casos no manifiesta ninguna dificultad en aceptar este procedimiento, que en ciertos aspectos puede parecer un poco invasor; superado el momento inicial, la

³ El uso de la repetición es un método para introducir en el curso del proceso terapéutico retroalimentaciones específicas para ese sistema, de modo que puedan ocurrir correcciones o cambios y se prefiguren soluciones nuevas para ese sistema particular (Alger, 1973).

familia olvida que es observada a través de un espejo, que la oyen o la filman;⁴ en el curso de la terapia termina por sentir la presencia del supervisor y de los observadores como una forma de interés y de colaboración activa por parte de un equipo que trata de lograr lo mismo que ella: que se resuelva el estado de malestar a raíz del cual se requirió la intervención.

A menudo a los niños, que están curiosos por el espejo y por "lo que se ve desde atrás", se los lleva a la sala de observación, donde pueden familiarizarse con el supervisor y con el equipo de observación.

En el curso de la terapia puede ocurrir también que se le pida a algunos miembros de la familia que observen desde atrás del espejo a los otros componentes empeñados en alguna actividad común.⁵

En algunos casos puede suceder que el supervisor, evaluada la utilidad de su presencia directa en un cierto punto del tratamiento, entre en la sala de terapia y se una al terapeuta, con el fin de llegar juntos a un determinado objetivo.

En otras palabras, el espejo unidireccional representa un diafragma permeable entre el sistema familia-terapeuta, empeñado en una acción directa sobre el terreno, y el sistema supervisor-grupo de observación que, menos implicado emotivamente, puede tener una visión de conjunto de lo que está ocurriendo, al analizar las secuencias comunicativas que se efectúan entre los miembros de la familia y entre éstos y el terapeuta. Es interesante notar cómo el sutil diafragma del espejo, que separa al terapeuta del supervisor, logra crear una *distancia* tan significativa respecto de la emotividad presente en la sesión, y permite al observador individualizar con mayor claridad redundancias⁶ comunicacionales, mensajes no verbales, peli-

⁴ A las familias se les pide una autorización escrita para filmar las sesiones, garantizándoles la estricta reserva profesional del material filmado y explicándoles las ventajas terapéuticas del método.

⁵ Volveré aún sobre este aspecto, cuando hable del significado estratégico de la división de la familia en subsistemas, en los capítulos siguientes.

⁶ Se definen como *redundancias pragmáticas* las secuencias comunicativas que tienden a asumir carácter de repetitividad. Por ejemplo si B sigue siempre a A, entonces B es redundante, como también es redundante que A acepte siempre que B lo siga; esto puede informarnos sobre una regla de comporta-

gros y errores que pueden escapar a quien no tiene la oportunidad de disponer de una visión global y desapegada.

Selvini y otros (1975) afirman que en las familias en transacción esquizofrénica la presencia del supervisor es *conditio sine qua non* para el éxito terapéutico, tal es la facilidad con que este tipo de familia implica al terapeuta en sus propias reglas de comportamiento. Pero yo pienso que este peligro está sustancialmente presente con cualquier tipo de familia y que la combinación terapeuta-supervisor es la más indicada en una terapia estratégica de breve duración.

LA RELACION TERAPEUTA-SUPERVISOR

La relación entre el terapeuta y el supervisor es el eje de una terapia estratégica a breve plazo. La calidad de la relación que se establece en la sesión entre el terapeuta y la familia es proporcional a la fluidez de la relación que existe en el seno de la pareja terapéutica. Tanto en el caso en que el supervisor tiene más experiencia que el terapeuta (por ejemplo, en un programa de formación) como cuando no existen diferencias sustanciales de preparación entre ambos, se requiere un notable grado de respeto y de mutua adaptabilidad; no existe, en efecto, una jerarquía dentro de la pareja terapéutica, pero es necesaria una definición de las recíprocas responsabilidades.

Sus funciones son complementarias y en algunos aspectos se parecen a las del entrenador y el jugador, en el curso de un partido de fútbol.

El entrenador observa el clima general del partido, las jugadas de cada uno, poniéndolas en relación con las de los demás, y tiene la posibilidad de hacer sugerencias, tanto más eficaces si se realizan en el momento justo, en el curso del partido. Del mismo modo el supervisor incluye a la familia y al terapeuta en su campo de observación para favorecer la formación y el mantenimiento de un contexto colaborativo, sugiriendo directivas al terapeuta, según un plan más general de intervención. El jugador tiene a su cargo hacer operativas las sugerencias recibidas, teniendo en debida cuenta la pre-

miento. "La tendencia a circunscribir al máximo dentro de una configuración redundante los comportamientos posibles de cualquier dimensión particular, ha llevado a Jackson a caracterizar a las familias como sistemas regidos por reglas" (Watzlawick, 1971).

sencia de los demás en el campo y la situación de realidad en que debe actuar en ese preciso momento. En forma similar, corresponde al terapeuta traducir en acción las directivas recibidas, sin renunciar por ello a la propia emotividad y libertad de intervención, que representan una parte esencial de la relación terapéutica.

Un tándem de este tipo, para que funcione bien, debe estar en condiciones de resolver en cada oportunidad los problemas relacionales que indefectiblemente se presentan en el curso de un trabajo en común.

Por lo tanto, hay que reservar mucho tiempo en la presesión y la postsesión para discutir, en equipo, estrategias, formular prescripciones, intercambiar estados de ánimo, evaluar la eficacia de las directivas recibidas, observar retroacciones, etcétera.

Durante la sesión el terapeuta y el supervisor pueden comunicarse directamente a través del intercomunicador o todas las veces que el terapeuta considere oportuno salir de la sala de terapia. Esto permite un útil intercambio de informaciones y una puesta a punto de la situación, determinando al mismo tiempo una entrada oportuna del terapeuta en el sistema supervisor-observadores, con la consiguiente posibilidad de separarse emotivamente de la sesión.⁷

La diferencia sustancial respecto de una relación de supervisión indirecta, reside en la observación directa de lo que está sucediendo en la sesión y en la consiguiente realización de intervenciones terapéuticas que serán eficaces justamente porque se efectúan de inmediato: además, intervenir "en caliente" en la situación permite evitar o corregir fácilmente errores terapéuticos que de otra manera terminarían por acrecentar, antes que mejorar, el malestar de la familia.

Esta modalidad terapéutica se diferencia de una coterapia en tanto terapeuta y supervisor desarrollan misiones diversas de las que desempeña una pareja común de terapeutas, que actúan contemporáneamente en una sesión. Entre otras cosas, la experiencia con este modelo terapéutico nos ha demostrado qué eficaz es la

⁷ "El supuesto principal de una supervisión directa parte de la comprobación de que toda familia puede absorber al terapeuta en los módulos de interacción, impidiéndole actuar en favor del cambio; en otras palabras, el terapeuta termina comportándose con la familia de modo de reforzar las mismas modalidades transaccionales que la llevaron a la terapia" (Montalvo, 1973).

utilización, en calidad de *coterapeuta temporario*, de uno de los miembros de la familia, sea uno de los progenitores, el paciente identificado, un adolescente o incluso uno de los abuelos. Se trata en estos casos de una coterapia, no oficial, pero no por ello menos útil, porque es mucho más significativo que la terapia se ejerza desde dentro que desde fuera del sistema. Haber encontrado un coterapeuta en la familia quiere decir haber entrado en ese sistema, y representa un paso decisivo en el progreso terapéutico.

LA PRIMERA SESION

La primera sesión tiene una importancia fundamental, porque representa el primer encuentro entre el sistema familiar y el terapeuta y es paradigmática para la comprensión de un enfoque relacional.

Establecer un contexto de abierta colaboración y confianza recíproca desde el inicio representa el objetivo central de esta sesión y el sustrato sobre el que se construirá una terapia válida.

PRESESION

En realidad, en la gran mayoría de los casos, el primer encuentro colectivo va precedido por un contacto telefónico, o por un breve coloquio con alguno de los familiares o con un trabajador social (si es este último el que aconseja la intervención). Es extremadamente raro que el primerísimo contacto ocurra con todo el grupo familiar.

En cada una de estas circunstancias, el terapeuta tiene modo de recoger informaciones utilísimas que luego deberán ser analizadas en términos relacionales: lo que refiera uno de los familiares por teléfono o en un coloquio individual preliminar o, más a menudo, el trabajador social (que actúa dentro de una institución), deberá ser considerado como una versión del problema y *no como el problema*, acerca del cual, en ese momento, no se sabe absolutamente nada.

El terapeuta relacional recibe, mediante el llamado telefónico o el coloquio individual, una serie de informaciones que van más allá de los contenidos específicos y que le permiten enterarse de algunos aspectos transaccionales de indudable importancia.

El que telefona, por ejemplo, puede ser el más motivado para una intervención terapéutica, pero también el que quiere "arrastrar" a los otros a la terapia. En algunos casos el que llama se propone, mediante un primer contacto exclusivo, establecer con el terapeuta una *coalición*⁸ aun antes de conocerlo en persona. Esto lo colocará en una situación privilegiada y a continuación hará que se sienta autorizado para presentarse como el interlocutor más importante e informado de la familia.

Puede suceder, en cambio, que éste se ubique en seguida en una situación competitiva con el terapeuta mediante una serie de maniobras destinadas a ponerlo en guardia e informarlo del hecho de que, si quiere conocer a la familia, deberá someterse a sus reglas: él decidirá a quién llevará consigo, la hora y el día del encuentro, el verdadero diagnóstico (en tanto formulado por él) del hijo, por ejemplo cómo comprender el problema sin incurrir en errores de evaluación, etcétera.

El que telefona, mediante el tono de la voz o los contenidos verbales mismos puede querer comunicar que la situación es desesperada, que en realidad toda la culpa es del-hijo o del cónyuge o de un hecho histórico del pasado, y que un encuentro terapéutico sólo servirá, en el mejor de los casos, para confirmar oficialmente lo que él expone por teléfono.

Otras veces, en cambio, el que telefona siente embarazo al requerir una intervención que él ya vive como estigmatizante o, por lo menos, como una derrota de la familia. O bien alimenta expectativas mágicas respecto del terapeuta e intenta, ya desde ese momento, delegar el problema al experto, con el fin de librarse en seguida de la cuestión.

LA PRIMERA SESION

Suponiendo que el primer encuentro se desarrolle con la familia en pleno, he dividido esquemáticamente esa sesión en cuatro estadios sucesivos:⁹

⁸ Por coalición se entiende "un acuerdo de alianza establecido para ventaja mutua de los aliados frente a una tercera parte" (Sluzki, 1975).

⁹ Este esquema remonta al presentado por Jay Haley en el curso de los seminarios realizados para el equipo clínico de la Philadelphia Child Guidance, en 1972.

- 1) el estadio *social*, en que se recibe a la familia y se la ubica cómodamente;
- 2) el estadio de focalización del *problema*;
- 3) el estadio *interactivo*, en que se pide a los familiares que hablen entre sí;
- 4) el último estadio, en que se concierta *el objetivo de la terapia*.

Dando por entendido que esta esquematización pretende ser una simplificación, válida sólo para facilitar al lector la comprensión del desarrollo de la entrevista, analizaremos ahora en particular cada uno de los estadios.

I. ESTADIO SOCIAL

En esta fase inicial el terapeuta se propone ubicar a todos los miembros de la familia de modo que se sientan cómodos, y establecer un primer contacto con cada uno de ellos.

Los hace sentar como les plazca, se presenta y les informa sobre la existencia del espejo unidireccional, del supervisor y del grupo de escucha, familiarizándolos con el ambiente; también les comunica su deseo de establecer una atmósfera confidencial y en nada profesional (por lo menos en lo que respecta a una modalidad de relación oficial y distante). Después pide que cada uno diga su nombre y formula una serie de preguntas que pueden activar respuestas participantes e interesadas por parte de todos.

Es obvio que será distinto el modo de entrar en contacto y recibir informaciones de niños o de adultos, y también variarán los contenidos de las preguntas y la actitud del terapeuta si se encuentra dialogando con un campesino o con un maestro, con un adolescente en fase oposicional o con un niño asustado, con una madre orgullosa de su rol de educadora de sus hijos o con una que está cansada de hacer las tareas domésticas, etcétera.

Un terapeuta familiar debe aprender a entrar en el mundo del otro adaptando su propio lenguaje, su estilo personal y su experiencia a la persona de que se trate; también debe aprender a respetar las "reglas" de esa específica familia y a encuadrar la realidad y las

necesidades de ese grupo en el marco más amplio del contexto social.¹⁰

En este primer estadio el terapeuta se propone comunicar a los componentes de la familia que cada uno de ellos es para él igualmente importante y que se interesa en ellos no sólo porque presentan un estado de malestar. Por lo tanto, el coloquio versa sobre temas neutros respecto del problema que ha traído a la familia a la consulta: éste será un modo eficaz de establecer un contexto colaborativo desde el comienzo, y de presentar una primera regla de la terapia: *cada uno es igualmente importante y digno de atención*.

Corresponde al terapeuta la tarea de cuidar esta primera regla durante todo el curso de la terapia, previniendo y bloqueando, ni bien surja, todo intento de infracción, en interés mismo de la familia.

Entonces, si por una parte el terapeuta debe entrar en el universo de la familia y adaptarse a él, por otra la familia debe entrar en las reglas de la terapia. Este concepto de mutua adaptación es fundamental, porque representa una modalidad de encuentro sobre un plano concreto, que hace que todos se sientan responsables e igualmente comprometidos en un trabajo común.

En esta primera fase el terapeuta recoge una serie de observaciones útiles para enfrentar las fases sucesivas de la sesión:

Tono general de la familia

Una familia puede presentarse "congelada": cada uno responde a las primeras preguntas del terapeuta con monosílabos, observando largos silencios. Otra puede aparecer jovial y contenta de encontrar una atmósfera confidencial: los niños son muy movidos y comienzan a jugar como si estuvieran en su casa. En otra, por

¹⁰ Esto confirma una vez más la necesidad de que el terapeuta relacional conozca el ambiente sociocultural y el contexto específico donde vive y actúa la familia. Por lo tanto con mayor razón, según el enfoque relacional, el terapeuta se ve forzado a conocer antes y a intervenir después en el contexto del que proviene la familia y en el cual ésta expresa sus propias realidades de relación más significativas. La metodología relacional podría resultar particularmente útil para los trabajadores de los servicios socio-asistenciales, que actúan en la trama misma de la comunidad, donde un conocimiento de las relaciones inter-sistémicas, además de una dimensión sociopolítica correcta, puede resultar fundamental para enmarcar un determinado fenómeno y para proponer luego una intervención específica.

ejemplo, los padres juntos, o uno de los dos, sienten la exigencia de exponer el problema que les preocupa ya al empezar a hablar, en cuyo caso la atmósfera se caracteriza de golpe por un estado de malestar general, hasta asumir a veces un tono decididamente acusatorio. O bien se puede percibir de inmediato que el paciente identificado (caso bastante frecuente con los adolescentes) ha sido llevado a la sesión con un subterfugio, subrayado por una actitud de complicidad de los progenitores. En otros casos se tiene en seguida la impresión de que la familia no ha venido espontáneamente, sino enviada, contra su voluntad, por alguna autoridad externa (escuela, instituciones varias, etcétera), por lo cual la actitud se muestra fuertemente defensiva y plena de sospechas.

Relaciones entre los padres y los hijos

Los padres pueden mostrarse muy severos con los niños, preocupados por su actitud formal (cómo se sientan, si responden con lenguaje apropiado, etcétera) o, por el contrario, absolutamente despreocupados. En otros casos dan la impresión de una extrema incompetencia al enfrentar un comportamiento decididamente extravagante o rebelde, que un hijo manifiesta en el curso de la sesión. A menudo, desde el comienzo, destacan las diferencias que existen entre el hijo "problemático" (descrito como incapaz, inseguro y engañoso en la relación) y otro hijo que en cambio "es todo lo opuesto" (competitivo, seguro de sí y plenamente ajustado a las expectativas de sus padres), y subrayan la imposibilidad de colmar la diferencia entre ambos.¹¹

El terapeuta observa también cómo los hijos responden a las sollicitaciones de los progenitores y cómo éstos activan a su vez transacciones con los hijos. Ocurre con frecuencia que el paciente identificado pide confirmación a los padres (mediante la mirada, un comienzo de respuesta sugerido por uno de ellos, etcétera), incluso

¹¹ A propósito de la elección del chivo emisario, Vogel y Bell afirman que una modalidad de selección frecuente nace de la identificación de un hijo con el progenitor al que se parece. Se ven así en el hijo "características" decididamente negativas, y aunque en realidad el progenitor también las posea, la atención se centra siempre en el hijo, nunca sobre el padre. Así, puede suceder que un progenitor reproche al hijo por todas las características que rechaza en su cónyuge, frente al cual, sin embargo, es incapaz de expresar directamente sus sentimientos (Vogel y Bell, 1960).

cuando el terapeuta lo interroga sobre su nombre o sus amigos en la escuela.

En otros casos un comportamiento extravagante, perturbaciones muy visibles como tics, balbuceos, estereotipias motrices pueden asumir un ritmo y una frecuencia muy particular y variar notablemente durante la sesión, según que el niño se sienta acusado, o logre, en cambio, recuperar un espacio de autonomía y los padres destaquen algún aspecto positivo de su personalidad.

Relaciones entre los padres

Si hay un niño perturbado, los padres tienen a menudo opiniones contrastantes acerca de cómo encarar el problema. A veces muestran un desacuerdo patente ya desde esta fase, y otras se presentan unidos al comienzo, para criticarse más tarde en el curso de la terapia.

Con frecuencia la relación entre los progenitores resulta mediada por un hijo, por lo general el paciente identificado, que es utilizado como vehículo de comunicación entre ambos. De tal manera cada cónyuge expresa su crítica respecto del otro sin hacer peligrar la relación conyugal. Puede suceder, por ejemplo, que mientras el padre, a requerimiento del terapeuta, habla con interés de su actividad laboral, madre e hija de once años intercambien guiños y sonrían entre sí con complicidad, como para descalificar el intento del padre, de presentarse como un hombre competente. O también que mientras la mujer habla de sí misma, el marido sienta la necesidad de "distraerse" (por ejemplo, jugueteando con el hijo de tres años), aparentemente de un modo totalmente casual, pero en realidad con una recurrencia precisa, es decir todas las veces que el interlocutor privilegiado es la mujer.

El terapeuta puede también observar cómo la presencia de una abuela en la sesión congela la relación entre los padres respecto de la educación a impartir a los hijos, o refuerza, en otros casos, la posición central y la competencia del marido (respaldado visiblemente por su madre) a expensas de la mujer, que aparece como distante y deprimida, como si quisiera comunicar su posición "marginal" en la conducción de la familia.

Es obvio que se observan normalmente alianzas y coaliciones en todas las familias. El lector podrá comprender, en el curso de la

lectura, qué importante es la observación y el uso de los procesos de coalición en el trabajo terapéutico con las familias.¹²

Relación entre los hijos

Es importante observar también las interacciones en el nivel de la generación de los hijos, en cuanto "el subsistema de los hermanos es el primer laboratorio social en que los hijos pueden experimentar con relaciones entre coetáneos. Dentro de este contexto los hijos sostienen, aíslan, estigmatizan y aprenden unos de otros" (Minuchin, 1977).

A nivel de los hijos, la capacidad o la falta de capacidad para unirse en un juego, para mostrar intereses comunes o sostenerse recíprocamente frente a los adultos, dará la medida del grado y de la rigidez del rol de chivo emisario desempeñado por el niño-problema y, en última instancia, será proporcional al grado de tensión y de molestia expresados por el sistema familiar.

Relación entre los miembros de la familia y el terapeuta

La actitud de los niños respecto del terapeuta, en esta fase inicial, puede reflejar, por ejemplo, la modalidad con que los padres los han puesto al corriente de la consulta. Si un niño parece atemorizado en el primer contacto con el terapeuta, a veces eso indica que vive su presencia en ese contexto como un castigo y teme que lo dejen abandonado allí. Si los niños se muestran joviales y curiosos por la presencia del terapeuta y por el ambiente, es posible que los padres hayan presentado el encuentro como una cosa agradable y divertida, lo que hace prever una disposición optimista y colaborativa por parte de estos últimos.

Observando el comportamiento de los niños el terapeuta nota además si la familia se ha sentido forzada a aceptar la consulta por pedido de alguna autoridad escolar (maestro, director, psicólogo). En estos casos los niños, en particular el paciente identificado, po-

¹² "Es el *cuándo* y el *cómo* de su formación (de las coaliciones) lo que tiene importancia fundamental; la estructura, el orden secuencial, la intensidad, la persistencia y el estilo de las coaliciones observadas en el curso de una entrevista familiar proporcionan informaciones-clave para determinar zonas de conflicto familiar, descubrir las funciones de la homeostasis familiar, y orientar la estrategia terapéutica" (Sluzki, 1975).

drán adoptar un comportamiento reactivo, dando signos de inquietud y de fastidio desde el primer instante.

Recuerdo un caso en que el terapeuta asistió a un verdadero descalabro de la sala de terapia por obra de Roberto, un muchacho de doce años, sin que los padres intervinieran en lo más mínimo; al contrario, mantuvieron una actitud despreocupada, casi subrayando su tácita aprobación de la actividad destructiva del chico.

Sólo cuando el terapeuta, en el curso de la entrevista, se declaró dispuesto a colaborar activamente con ellos para promover una relación más positiva entre la escuela y la familia (sin refrendar, por cierto, la evaluación de "caracterialidad" del chico que la escuela había presentado a través de los padres), Roberto dejó de romper juguetes y se sentó cerca de sus padres, participando en la discusión. Debemos observar además que al final de la consulta los padres quisieron que Roberto reordenara todo bajo su guía, como para corroborar con una acción concreta su disposición a llevar a cabo el plan concretado en la entrevista.

El terapeuta, ya en esta fase de conocimiento, puede observar cuál es el miembro de la familia que intenta, de un modo más o menos explícito, cautivar sus simpatías y su interés.

Si una madre, por ejemplo, quiere establecer desde el comienzo un contacto especial con el terapeuta, sea mostrándole en seguida exámenes de laboratorio o tests tomados al niño, o pidiéndole una entrevista a solas o respondiendo por los hijos, todo eso permite entrever el peligro de que el terapeuta termine envuelto en una coalición con ella en el curso de la sesión, en detrimento de los demás familiares.

Si los padres, además, miran con abierta exasperación a un hijo y en seguida vuelven la vista hacia el terapeuta como solicitándole asentimiento, es probable que lo estén invitando a tomar posición junto a ellos "contra" el muchacho, y es posible que el terapeuta se vea implicado en otra coalición, dentro de un contexto claramente acusatorio.¹³

¹³ Debido al proceso de coalición y a la posición del terapeuta, Sluzki (1975) afirma que "pese a sus esfuerzos, el terapeuta no podrá evitar que lo envuelvan en una serie de tratativas en torno al proceso de coalición. Pero la regla principal del terapeuta será establecer sólo coaliciones intercambiables, instrumentales, sin ligarse a coaliciones estables y apriorísticas". En este sen-

II. EL ESTUDIO DEL PROBLEMA

En este punto el terapeuta pasa de un estadio de conocimiento general de la familia a una exploración más directa del problema que llevó a la familia a la consulta.

Cómo pedir informaciones sobre el problema

La manera en que se formulan las preguntas sobre el problema es importante y susceptible de orientar la entrevista de modos distintos. El terapeuta puede comenzar diciendo: "¿Qué problema tienen?" Una pregunta formulada así parece dirigida a la familia en general y define una situación en que se hablará del problema que ha motivado la visita. Cada uno de los presentes puede sentirse invitado a responder; por lo común, si el problema se refiere a un niño, la madre será la primera en recoger la invitación y proporcionará informaciones sobre la historia de esa determinada perturbación y quizás de las "causas" que considera responsables. A veces el padre se asocia a la descripción de algún aspecto del problema, y otras puede asentir implícitamente a lo que refiere su mujer. Raramente una pregunta presentada así solicita respuestas diferenciadas por parte de los padres o del paciente identificado: este último, como considera que él es la causa de un problema para sus familiares, no se sentirá generalmente ni interrogado ni con derecho a expresar su opinión al respecto.

Es distinto formular la pregunta en un nivel más individual: el terapeuta puede dirigirse a cada uno preguntándole, por ejemplo: "¿Cuál es el problema, en tu opinión?", y recibir una respuesta más personal. Esto asegura, en último análisis, que cada uno disponga de un espacio autónomo de respuesta, y refuerza el proceso de diferenciación ya iniciado en la fase social. Para fomentar esto el terapeuta debe ser capaz de conducir el interrogatorio de un modo coherente, tanto en el plano verbal como analógico: puede hacer uso del espacio y, eventualmente, del contacto físico, desplazándose y desplazando su centro de atención de un miembro de la familia a otro y evitando así respuestas "inducidas" o de com-

tido, y sólo con fines tácticos, he podido experimentar muchas veces que una coalición oportuna con un miembro de la familia puede ser útil y producir a veces el efecto de una verdadera coterapia.

promiso. Esto resulta tanto más cierto en el caso de adolescentes o niños que terminan a menudo por repetir lo que los padres esperan que digan, más bien que expresar lo que realmente piensan decir. El terapeuta puede dirigir también la pregunta en otro nivel y preguntarle a cada uno: "¿Qué esperas al venir aquí?" Una formulación de este tipo reduce sin duda el ámbito de respuesta; se propone, en verdad, puntualizar las expectativas de la familia respecto de la terapia, más bien que verificar directamente el problema emergente. Otro modo de plantear la pregunta puede ser: "¿Qué cambios querías ver en tu familia?" En este caso la atención se desvía de considerar la "perturbación" a formular juntos hipótesis sobre posibles transformaciones en el ámbito familiar. Si por una parte, al hacerlo así, se pone en seguida el acento sobre la posibilidad de un cambio constructivo y sobre la disponibilidad del grupo para buscarlo (evitando desde el comienzo una atmósfera de tipo acusatorio) sin entrar específicamente en el mérito del problema, por la otra se corre el riesgo de enfrentar el objetivo del cambio en términos genéricos o abstractos, sin que se cuestione nada en el nivel de las relaciones intra o extrafamiliares. Esto, por otro lado, es todo lo que la familia a menudo espera de buena fe al iniciar una terapia: asistir a un cambio sin tener que cambiar nada del *status quo*.¹⁴

Cómo recibir lo que la familia refiere en torno al problema

En esta fase en que se recibe la información, hay cosas que el terapeuta *no debería hacer*:

a) Dar interpretaciones o formular comentarios para ayudar a una persona a ver el problema de una manera distinta de como lo está presentando. Por ejemplo, si una joven madre parece trastornada y habla de una posible "depravación" de la hijita de cinco años, porque ésta "se toca continuamente", no le corresponde al

¹⁴ El terapeuta, como agente de cambio, podría encontrarse en el papel bastante incómodo de quien al pretender forzar las reglas homeostáticas de la familia en bien de la transformación, termina colocado en la situación del que debe juzgar. Si esto le ocurriera, se ubicaría prácticamente en una relación fuertemente simétrica o por lo menos de descalificación respecto de la familia, y se reducirían mucho sus posibilidades de entrar en el sistema familiar.

terapeuta convencerla de que la cosa no es tan grave como ella la presenta o poner en evidencia la desproporción que existe entre el problema referido y el estado de ánimo de la madre. Es importante que el terapeuta acepte todo lo que le dicen y comience a "ver" las informaciones recibidas en términos relacionales, formulando quizás ulteriores preguntas de esclarecimiento sobre ese comportamiento específico, para comprender la relación que existe entre el toqueteo de la niña y las relaciones familiares más significativas.

b) Dar consejos pedagógicos. Si se acepta el plano del consejo pedagógico se termina inevitablemente recayendo en una modalidad de intervención tendiente a proveer desde el exterior soluciones mágicas para el problema (tanto más gratuitas porque se las ofrece al comienzo de la terapia, cuando el terapeuta aún ignora totalmente las dinámicas del grupo). Aunque lo solicite alguno de los familiares o lo justifique una situación de malestar, a veces insostenible, la sugerencia pedagógica impide a la familia reapropiarse de su historia o sentirse artífice del cambio.

c) Permanecer implicado en las emociones de alguno de los familiares respecto del problema. Esto no quiere decir que el terapeuta no tenga en cuenta lo que cada uno experimenta subjetivamente, pero en este momento debe interesarse más en recoger hechos y opiniones de cada uno.

Es experiencia frecuente que familias que presentan problemáticas graves, con exoactuaciones (*acting-out*) recurrentes del paciente identificado, terminan por sacudir el temple del terapeuta mediante comportamientos muy dramáticos y emotivos que se producen durante la sesión. Si el terapeuta se deja arrastrar por el clima emocional de la familia, tendrá escasas posibilidades de establecer un contexto terapéutico: será fácilmente pasivizado y manipulado por las fuerzas homeostáticas más rígidas del sistema familiar, sin ninguna posibilidad de acceso a las energías positivas de la familia.

Este riesgo resulta particularmente evidente en el caso de intervenciones ambulatorias o domiciliarias, en el curso de una *crisis aguda*: podemos preguntarnos, por ejemplo, cuántas internaciones

de urgencia en hospitales o pabellones psiquiátricos (que a menudo representan el inicio de una carrera manicomial) podrían evitarse si el terapeuta lograra permanecer fuera del remolino emotivo de la crisis y si interviniera decididamente para romper el círculo vicioso que la refuerza, una vez analizadas las transacciones disfuncionales más flagrantes en que se ven envueltos el paciente identificado y sus familiares. Todo esto, posible en el plano técnico, una vez adquirida una competencia específica, es totalmente utópico en una dimensión de asistencia pública dirigida, como ocurre a menudo, hacia una pura y simple *contención* de la crisis, y sostenido por un modelo psiquiátrico que lleva, en la praxis, al aislamiento y a la estigmatización del "sujeto en crisis".

Entre las *cosas que el terapeuta debería hacer*, en esta fase de recepción de información, están las siguientes:

a) Que cada uno exprese su opinión sobre el problema, para probar el nivel de autonomía y de respeto de los miembros de la familia. En toda familia hay personas que hablan con gran facilidad y a veces lo hacen incluso por otros que tienen dificultad o que prefieren no definirse.

En esta fase el terapeuta comienza a analizar el nivel de diferenciación de cada miembro de la familia y luego de la familia como sistema,¹⁵ sirviéndose del espacio, de la propia inventiva y creatividad personal, y del poder terapéutico.

Por ejemplo, hablar con un niño no significa sólo pedirle que responda, sino usar su lenguaje aceptando modalidades analógicas de respuesta, entrar en su espacio personal, hablar mientras nos interesamos con él en un juguete o sentándonos a su lado, impedir que los padres puedan interferir con palabras o con la mirada en sus respuestas. Así también, al comunicarse con un anciano no se puede pedirle que dé respuestas elaboradas o abstractas, desgajadas de sus hábitos cotidianos; mucho menos minimizar o pasar por al-

¹⁵ El concepto de *diferenciación* ha sido minuciosamente descrito por Murray Bowen (1966), para quien el nivel de patología familiar es proporcional a la mayor o menor diferenciación del Yo de la familia (*undifferentiated family ego mass*).

Según el enfoque estructural descrito por Minuchin (1977) la situación de gravedad se evalúa sobre la base de la permeabilidad o impenetrabilidad de los límites personales e interpersonales que existen dentro del sistema familiar.

to experiencias familiares, referidas como fundamentales para la comprensión del problema.

Además, en el caso de problemáticas de pareja es frecuente asistir a la invasión del espacio personal del paciente identificado por parte del otro cónyuge, que *con buena intención* se siente con derecho a definir opiniones, sentimientos y pensamientos del partícipe, evitando sistemáticamente hablar de los propios. En estas circunstancias es tarea del terapeuta probar la rigidez de estos mecanismos, favoreciendo ya desde ese momento una expresión más libre de las ideas de cada uno y una demarcación más neta de las recíprocas autonomías.

b) Si alguno interrumpe, anotarlo (observando de qué estaba hablando el otro o a quién se dirigía, en el momento de la interrupción, etcétera) e impedir que eso ocurra de nuevo. A veces se lo puede realizar de un modo simple, con una observación verbal o con un gesto de la mano; en otros casos, sobre todo cuando la regla familiar es la descalificación sistemática de todo lo que el otro dice, la misión del terapeuta es similar a la del vigilante en un cruce bloqueado por el tránsito; deberá utilizar todos sus recursos para establecer un contexto de respeto recíproco, por lo menos mínimo, pues en caso contrario se verá envuelto en una operación sin esperanzas.

Debe evitar además que alguno responda por otros o que utilice sistemáticamente el "nosotros", en un intento de dar respuestas genéricas o de cobertura.

c) Solicitar a los miembros de la familia que se refieran al problema en términos concretos, circunscriptos, no aceptando definiciones abstractas o generales del tipo: "Se ha encerrado en sí misma, ya no se comunica con nosotros", o bien "Está decididamente cambiado, antes estaba presente en la familia, ahora está, pero es como si no estuviera", "Mi problema es que mis padres ya no me entienden", "Nuestro matrimonio es un total fracaso", etcétera.

Cuanto más se exprese un problema de un modo concreto y circunstanciado, tanto más posible será confrontar las opiniones de todos en sus elementos sustanciales, estableciendo luego un objetivo terapéutico.

Observaciones del terapeuta

Mientras el terapeuta plantea preguntas y alienta a hablar, debe observar cómo se comporta cada uno, qué dice, y, en fin, analizar la congruencia entre comportamiento y contenido verbal.

Además, mientras alguno está hablando con él, observa las reacciones de los otros: éstos podrán comunicar, a veces de un modo explícito y más a menudo en forma encubierta, sentimientos de hostilidad, de fastidio, de acuerdo o desacuerdo, de complacencia o de indiferencia.

En particular, son significativas las reacciones del niño o del adolescente "problemático" mientras los padres hablan de él: en este punto un análisis relacional de los estados de ánimo y del comportamiento manifestado por el muchacho en la sesión puede proporcionar una serie de indicaciones para comprender el problema de un modo más completo.

El terapeuta observa con atención las reacciones del padre mientras habla la madre y viceversa, porque es probable que tarde o temprano deba enfrentarse con algún desacuerdo: también es posible que el desacuerdo pase a través del niño, de un modo explícito o analógico. Es casi la regla que una perturbación que se manifiesta en un niño sea reflejo de los problemas de la pareja.¹⁶ El terapeuta, por lo tanto, puede recoger informaciones importantes oyendo cómo los padres presentan el problema del hijo.¹⁷

¿Dónde reside el problema, dentro del niño o en la situación que lo circunda?

Una madre define a un niño como problemático; las perturbaciones pueden ser muy variadas: presenta tics, dice mentiras, roba,

¹⁶ Vogel y Bell han estudiado a fondo las modalidades de asignación del rol de chivo emisario en la familia, y han establecido que en todas las familias examinadas un hijo en particular quedaba envuelto en las tensiones entre sus padres. En las familias perturbadas, éstos viven con un profundo temor su relación conyugal y el hecho de ser padres. No creen poder prever con certeza cómo responderá el otro a su comportamiento. Y sin embargo la respuesta del otro se siente como muy importante y potencialmente peligrosa (Vogel y Bell, 1960).

¹⁷ A propósito del escuchar de un modo metafórico, véase en el capítulo 4 el parágrafo sobre "La metáfora como modalidad comunicativa".

moja la cama, golpea a sus hermanitos, tiene miedo de la oscuridad o de estar solo, rechaza la escuela, etcétera. Es probable que al definir el problema en uno cualquiera de estos modos, esa madre esté también comunicando al terapeuta que no se siente competente como madre: es incapaz de resolver por sí misma el problema de su hijo y nadie en la familia parece estar en condiciones de ayudarla. El padre podrá asociarse a la mujer y ambos enumerarán al terapeuta los intentos realizados para resolver ese problema específico.

Es probable que el resultado de los fracasos experimentados por los padres sea la convicción de que hay algo *dentro* del niño que lo lleva a comportarse de una manera *anormal*; y es justamente esta convicción lo que ha motivado a la familia a buscar ayuda.

Concebir el problema en estos términos no ha sido de mucha ayuda para esa familia hasta ahora. Si el terapeuta acepta observar "qué está roto" dentro del niño, es probable que experimente las mismas frustraciones ya sentidas por la familia. Pero si el terapeuta logra pensar en términos de: "Qué es lo que en esta situación puede motivar al niño a comportarse de esta manera", esto lo llevará a escuchar los discursos de los padres con un oído "relacional".

Por ejemplo, una madre dice: "Ve, Mario (el hijo de 9 años) es como un pollito asustado: tiene miedo de salir de casa y se pasa todo el día escondido detrás de mis polleras". Mientras la madre habla, Mario está sentado detrás de ella, con la cabeza baja, como escudándose en el cuerpo de la madre. Esta última afirma además que Mario es mentiroso y no quiere hacer nada, pero vuelve en seguida al problema central, es decir, que el niño tiene miedo, que nunca se separa de ella y que ella no ve remedio alguno a la situación.

El niño llega al extremo de querer dormir en la cama de la madre, y por lo tanto el padre tiene que trasladarse al living. Los otros niños, de 13 y de 5 años, según la madre nunca presentaron comportamientos de este tipo y son absolutamente normales.

Interrogada sobre la conducta de Mario en la escuela, la madre responde que no está bien informada; que el maestro le ha dicho que el niño es muy lento en el aprendizaje; se detiene sobre todo en describir el momento "dramático" en que el niño debe separarse de ella, en el umbral del aula, para entrar a clase.

Cuando el terapeuta recibe informaciones como éstas no sabe por cierto cuál es en realidad el problema y mucho menos cómo

proceder. Ha recibido sólo la versión de la madre, o más bien su idea de que el problema está "dentro" del niño y que nadie puede hacer nada.

Obtener ulteriores informaciones, evidenciar modelos transaccionales habituales, límites personales e interpersonales, canales funcionales y disfuncionales, constituyen modalidades operativas tendientes a construir un mapa¹⁸ de las relaciones familiares más significativas, para definir luego un plan terapéutico.

Es posible que en el curso del encuentro surjan tesis contrastantes. Por ejemplo, el padre no está de acuerdo con la madre, sino que piensa más bien que "ella está muy encima de Mario y nunca lo deja solo". Podrá también dar a entender que no le gusta tener que irse a dormir en el living, aunque siempre lo haya aceptado para "prevenir" los miedos de Mario.

El terapeuta deberá escuchar también a la hermana y al hermanito, preguntándoles quizás si alguna vez desearon dormir por turno en el lecho de su mamá, o bien interrogándolos sobre las responsabilidades que los padres confían respectivamente a sus tres hijos (esto permitirá poner a prueba las relaciones interpersonales en el nivel del subsistema de los hijos, y qué funciones desempeñan éstos respecto de sus progenitores). En esta indagación el terapeuta incluirá también a Mario, para observar las transacciones entre los tres hermanos.

Ver a la familia como un conjunto y recibir informaciones sobre el problema desde el punto de vista de los padres y de los hijos proporciona al terapeuta elementos útiles para evaluar si el padre está en condiciones de ayudar a la madre y al niño a "separarse" uno de otro, o qué espacio ha quedado disponible, en el nivel de los hijos, para reincorporar a Mario al clan de los niños.

Al proseguir la sesión el terapeuta podrá observar (en términos diádicos) que la madre tiene las mismas dificultades que tiene Mario

¹⁸ El mapa de la familia, según Minuchin (1977), es sólo un esquema de organización. "No representa la riqueza de las transacciones familiares, así como un mapa no representa la riqueza de un territorio. Es estático, mientras que la familia está constantemente en movimiento. El mapa, sin embargo, es un poderoso instrumento de simplificación, que ayuda al terapeuta a organizar el vasto material que va recogiendo y a formular hipótesis sobre sectores familiares que funcionan bien o pueden ser disfuncionales."

para separarse de ella. Podrá ampliar luego su ámbito de observación (es decir, pensar en términos de *triadas*¹⁹). imaginando que el niño está ayudando al padre y a la madre justamente con su comportamiento "anormal".

Si por ejemplo los padres no pueden estar juntos sin pelearse, sobre todo en el lecho, entonces los temores de Mario servirán para mantenerlos separados y, en última instancia, tendrán una función protectora.

Los padres podrán afirmar con mucha tranquilidad que Mario es el problema (porque de hecho los miedos de éste son reales), más bien que problematizar su propia relación de pareja.

III. EL ESTADIO INTERACTIVO

Hay dos momentos sucesivos cuando se indaga sobre el problema.

En el primero, ya descrito, cada uno refiere su opinión; en esta fase el terapeuta es decididamente la figura más central y responsable; a él le corresponde asegurar a cada uno el espacio para que pueda expresarse en forma autónoma, y también es el interlocutor privilegiado al que se dirige cada uno de los familiares.

¹⁹ Jay Haley es el estudioso de la comunicación humana que ha enfocado más profundamente el significado de la unidad triádica y el profundo cambio de óptica que se obtiene con el paso del análisis del individuo al de la relación dual y luego al de unidades que incluyen por lo menos a tres personas en cada secuencia comunicativa. Un lenguaje adecuado para describir individuos o diadas, resulta insuficiente para definir una relación entre tres. Las *relaciones diádicas*, por ejemplo, pueden describirse como *simétricas* (cuando dos personas interactúan con el mismo tipo de comportamiento) o *complementarias* (cuando el comportamiento de uno completa el del otro), pero este lenguaje ya no resulta exhaustivo si la unidad a describir está formada por tres personas: en el caso de la triada se hablará más bien de procesos de *coalición*, es decir, de alianzas entre dos personas contra una tercera. Una vez superadas las limitaciones de un análisis de tipo individual o dual para pasar a uno triádico, el terapeuta relacional llegará casi automáticamente a ampliar el campo de observaciones, incluyendo en él el ámbito familiar del individuo y en seguida la unidad más amplia: la familia extensa y el contexto social del que la familia sólo representa un eslabón entre otros.

El segundo momento es el *estadio interactivo*, en el cual el terapeuta se propone:

- a) activar intercambios comunicativos directos entre los miembros de la familia sobre el problema o sobre alguna otra temática vinculada con él, asumiendo una posición menos central;
- b) recibir de esta manera ulteriores informaciones sobre las relaciones interpersonales, con el fin de visualizar la estructura de la familia y las reglas que rigen las transacciones de sus miembros; es decir, el terapeuta observa cómo éstos se ponen en relación entre sí, recoge y selecciona las informaciones verbales y no verbales más significativas, formula hipótesis sobre las secuencias comunicativas funcionales y disfuncionales que se entrecruzan en el curso de la sesión;
- c) preparar el camino para la sucesiva definición de un objetivo terapéutico.

Veamos mediante un ejemplo cómo puede desarrollarse concretamente este estadio interactivo.

El caso de Sandro: ¿dónde está la epilepsia?

Sandro es un chico de doce años que ha sufrido perturbaciones epilépticas desde los cuatro años. Las crisis se controlan bien con la terapia farmacológica, al punto que hace varios años que no se repitieron manifestaciones clínicas. Lo envían para una consulta familiar, después de haber sido tratado en repetidas oportunidades, aunque sólo por breves períodos, como paciente individual. Motivo de la derivación es su comportamiento descrito por la madre como rebelde, tiránico y prepotente, que se agravó en los últimos dos años, desde que Sandro comenzó a salir más a menudo de casa.

Es la madre la que telefona al terapeuta. Ya en este primer contacto telefónico se declara exhausta y desconfiada respecto de una "enfermedad" que considera casi como incurable: se siente impotente frente al comportamiento de Sandro, que exige que ella lo bañe, lo vista, le haga comidas especiales, tiranizándola de todas las maneras.

Dice que el tratamiento familiar le fue aconsejado por un neurólogo que desde hace un tiempo se ocupa de la terapia farmacológica

del chico. En seguida agrega que no cree que el marido "disponga de tiempo", y, en último análisis, no parece abrigar muchas expectativas sobre esta entrevista: insiste largamente en que no se hable de epilepsia²⁰ delante de Sandro, "porque el niño no debe saber".

No obstante los temores maternos, participa de la sesión la familia Valeri completa: padre, madre, Sandro, Piero (hermano de 17 años) y tía materna (que vive con los Valeri desde que quedó viuda).

Después de poco más de media hora el cuadro se percibe como mucho más amplio y complejo de lo que podía parecer en la conversación telefónica con la madre. Esta última ratifica todo lo dicho por teléfono, pero con el agregado de que al describir el comportamiento tiránico y a la vez dependiente de Sandro respecto de ella, parece mostrarse reiteradamente complacida por ello, y utiliza la enfermedad como única justificación aceptable.

La tía adora a Sandro y está dispuesta a secundarlo en todo, duerme en la habitación con él "porque el niño puede tener crisis de noche" (que nunca tuvo), y por lo tanto no puede dormir solo, y mucho menos con el hermano Piero, porque los dos son como "perro y gato".

Piero, a su vez, es descrito por la madre como un chico paciente, juicioso y maduro. Sandro y Piero parecen comportarse en verdad como perro y gato, se lanzan ojeadas plenas de desconfianza, y se provocan en varias oportunidades en el curso de la sesión. Toda otra relación a nivel del subsistema de los hijos parece obstaculizada en ese momento por la necesidad de mantener una fuerte alianza, respectivamente con la tía y con la madre.

El padre, empleado municipal, se describe como totalmente absorbido por el trabajo en obra, pero se muestra en seguida como persona concreta y competente. Es la primera vez que se encuentra implicado en primera persona, en la terapia de Sandro, y no parece de ninguna manera renuente para ofrecer su colaboración. Afirma en forma explícita que la "enfermedad" de Sandro sólo es resultado

²⁰ El terapeuta debe evitar verse envuelto en los llamados *secretos a voces* de la familia, es decir, aceptar como "secretos" cosas de las que todos tienen conocimiento. Establecer desde el inicio un contexto franco y leal, evitando todo tipo de complicidad, hace caer la *fachada* y permite acceder a la interioridad de las realidades y de las necesidades de la familia. En caso contrario, es fácil que el terapeuta sea manipulado por las fuerzas más rígidas del sistema y pierda el poder terapéutico.

de que la tía y la madre lo consienten; la madre se lamenta constantemente por el comportamiento del niño, pero termina secundándolo en todo; la tía lo mimó y lo protege porque lo considera más débil que los otros niños de su edad. Es evidente que el padre, al expresarse en estos términos, está hablando no sólo de Sandro sino también de la mujer y de la cuñada e implícitamente de su relación con ellas.

Sandro, interrogado por el terapeuta sobre las afirmaciones del padre, parece concordar con la tesis presentada por este último. El hecho de que el niño acepte una redefinición de su "enfermedad" en términos relacionales (el ser consentido por la madre y la tía) parece importante, porque permite entrever un primer espacio operativo para la terapia: si por una parte extrae de sus caprichos una fuente de poder para tiranizar a la familia y recibir una serie de ventajas secundarias, por otra parece deseoso de encontrar una identidad más adecuada a su edad.

Es obvio que encuadrado en términos relacionales el problema ya no es la *epilepsia*, de la cual, por lo demás, ninguno de los familiares volverá a hablar en el curso de la terapia, ni la *maldad* de Sandro (hasta entonces racionalizada en términos lineales como consecuencia de la epilepsia), sino que el comportamiento inadecuado de Sandro aparece más bien como la resultante de una serie de interacciones y de conflictos interpersonales en el nivel de los adultos significativos de esta familia, y también en el nivel de los hijos.

El fin principal de la terapia es, por lo tanto, ofrecer alternativas a la familia, aceptando lo que se presenta como el problema pero cambiándole la esencia o ampliando su significado, según una modalidad transaccional.²¹

²¹ "Los esfuerzos del terapeuta, tendientes a cambiar procesos comunicativos disfuncionales, incluyen también la capacidad de proporcionar a los miembros de la familia modelos nuevos y más diferenciados en los que pueda enmarcar sus propias experiencias. El modelo de evaluación que un miembro de la familia utiliza en una determinada situación puede modificarse a veces de modo de promover la exploración de nuevas dimensiones" (Minuchin, 1967).

He aquí un tramo de la primera sesión, relativo al estadio interactivo.

Terapeuta (dirigiéndose al padre): Tengo la impresión de que Ud. tiene ideas muy claras sobre el problema de Sandro. ¿Qué le parece si me ayuda también a mí a tenerlo más en claro?

Padre: Claro, ¿por qué no? Si eso puede ser útil. . .

Terapeuta: Mire, Sandro dijo que está de acuerdo con su "diagnóstico", o sea que él es un consentido. Este ya es un hecho muy positivo, encontrar que un padre y un hijo están de acuerdo. Quisiera que Ud. ahora discutiese con Sandro sobre esta cuestión de ser consentido, sobre todo qué significa concretamente en su familia y si hay un modo de salir de la situación.

Terapeuta (dirigiéndose a Sandro, que está sentado entre la madre y la tía): ¿Por qué no corres tu silla y te pones frente a papá, para que nosotros (dirigiéndose a los demás familiares) podamos oír sin molestarlos a Uds.?

El terapeuta palmea el hombro al padre, como para reforzar su requerimiento de colaboración con un gesto amistoso.

Esta acentuación positiva sirve para reforzar la probable alianza entre padre e hijo, y antes de pedirles que se enfrenten directamente.

El terapeuta no sólo solicita a ambos un análisis teórico de la situación, sino también los compromete en una propuesta operativa, que califica como importante la tarea que se les asigna.

Modo implícito de prevenir posibles interrupciones de la madre y de la tía e incluso quizás del hermano mayor: al mismo tiempo el terapeuta valoriza la importancia de oír lo que se va a decir y se ubica él mismo entre los espectadores, con el

fin de oficializar de un modo evidente todo lo que está por ocurrir.²²

Sandro (sonriendo): ¿Debo ir con silla y todo? *(Se corre hacia el padre, mientras el terapeuta se ubica entre la madre y la tía).*

Padre: Bueno, veamos un poco de dónde se puede comenzar *(con un tono cordialmente solemne)*. Ante todo, no me gusta que andes con vueltas con la comida. Tu madre tiene que desesperarse porque verdura no quieres, no hablemos del queso, la carne nunca está bien cocida para ti. ¿No es así?

Sandro: Es así, pero yo la achicoria no la como, aunque me mates...

Padre: Punto dos: la higiene, ¿me entiendes: ¿Qué significa que tu mamá tenga que estar a tu disposición y servirte como si fueras un nenito?

²² *Reestructurar el espacio* es una técnica tan simple como eficaz para explorar o activar relaciones privilegiadas en el grupo familiar, y también para recibir informaciones sobre los modelos comunicativos preferenciales de la familia en cuestión. Sobre el uso del espacio volveremos a menudo en el curso de este libro, porque representa uno de los pilares de la comunicación humana no verbal: también su comprensión puede permitir una activación, a veces dramática, de energías terapéuticas presentes en el sistema familiar.

Madre (se mete de prepotencia en este punto): Y si no corro en seguida, cuando me llama del baño *(se dirige al terapeuta)*, es capaz de estar en el "trono" gritando como un loco, como si yo fuese su sirvienta.

Terapeuta (dirigiéndose a la madre): ¿Por qué no dejamos que Sandro y su papá se las arreglen ellos solos, por ahora? Yo quisiera que Ud. me ayudase a observar adónde pueden llegar Sandro y su papá cuando discuten entre sí, como dos adultos.

Sandro (visiblemente contrariado): Basta. Quiero irme.

Padre (dándole un golpecito en la rodilla): ¿Cómo, qué hacemos! ¿Vas a hacer caprichos también aquí? El doctor nos ha pedido que discutamos como dos adultos, ¿qué figura me haces hacer?

Sandro: Dale, sigue.

Padre: Después está la cuestión del dinero. Tu madre te da cien liras por día además del

El terapeuta trata de bloquear las intervenciones de la madre sobre un tema en que ésta parece particularmente implicada y resentida: la interrupción materna produce el efecto de darle a Sandro en un punto sensible, en un terreno que lo descalifica en su rol de interlocutor "adulto" y al mismo tiempo parece destinada a impedir que se prolongue la secuencia padre-hijo.

El padre está asumiendo, en esta fase, la función del coterapeuta y se muestra muy eficaz con Sandro.

El padre está proporcionando ahora ulteriores informaciones sobre los adultos signifi-

almuerzo; ¿por qué tienes que ir a molestar a la tía al negocio y llenarte la panza de porquerías?

Sandro: 100 liras no me alcanzan, y además Piero, con la excusa de la motocicleta, se agarra 500 (*mira a Piero con aire un poco provocativo*).

Padre: Podremos discutir con mamá y aumentar a 200. Basta que luego dejes de ir al negocio de la tía.

Terapeuta (dirigiéndose al padre): Veo que Ud. sabe muy bien lo que quiere de Sandro: estoy pensando en la posibilidad de pedirle a Ud. y a su hijo que hagan un contrato sobre estos puntos, quiero decir escribir un acuerdo y luego firmarlo los dos.

Pero antes querría que Ud. discutiera con su mujer y con su cuñada los aspectos que les corresponden en relación con estos puntos. Sin su colaboración el contrato con Sandro corre el riesgo de fracasar. ¿No le parece?

cativos de la familia: él querría limitar la injerencia de la tía en la educación de Sandro; es posible que hable de injerencias también a nivel de su relación de pareja, pero no parece oportuno indagar sobre ese aspecto en este momento.

Sandro parece visiblemente gratificado por la idea de firmar un "contrato" con el padre.

Ahora el terapeuta se propone activar la interacción padre-madre y madre-cuñada para explorar otros aspectos de las relaciones familiares.

Padre (dirigiéndose a su mujer): ¿Estás de acuerdo en que Sandro debe dejar de hacerse el nenito? Pero tú no debes seguir permitiendo que siempre se salga con la suya, como de costumbre. El tiene que comer lo que come Piero, debe higienizarse solo y no andar con historias, ¿entendiste?

Madre (ofendida): Estoy muy contenta de que Sandro "crezca", pero tú te las tienes que arreglar con él. Si no estás nunca, la que debe soportar sus caprichos soy siempre yo. Y ya estoy harta. ¿Está claro? ¡Me contesta siempre como un carrero, tu hijo! No sé dónde puede haber aprendido ciertas palabras. No hablemos además de pedirle que haga nada en casa: hasta se niega a ir a comprar el pan. Si no estuviera Piero para darme una mano, no sé cómo me las arreglaría (*vuelta hacia Piero, con mirada complacida*).

Tía (con voz angelical): Ada, mira, Piero tiene cuatro años más que Sandro y además al "pequeño" hay que saberlo tomar.

Se reabre la alianza madre-Piero y tía-Sandro, que parece servir para evitar una confrontación directa entre las dos hermanas.

Piero (en voz alta): ¡Vamos! Para "saberlo tomar" hay que darle caramelos y chocolates, como tú le das todos los días.

Sandro: Mira quién habla, el santito de la casa... ¿y tú qué compras con las quinientas liras que te papas todos los días?

Terapeuta (dirigiéndose al padre): He perdido el hilo: ¿en qué había quedado con su mujer?

Padre (dirigiéndose a su mujer): De ahora en adelante me las arreglo yo con Sandro: tú debes referirme minuciosamente todo lo que urde en casa. Pero debes terminar con eso de darle siempre el gusto.

Madre: No veo la hora de que estés más presente en casa. Estoy muy contenta de "pasarle la batuta".

Padre (dirigiéndose a Sandro): Tu estipendio subirá a doscientas liras por día, porque es justo que tengas algunos cen-

El terapeuta ha observado un entrelazamiento de interacciones muy útiles para visualizar algunas coaliciones familiares: ahora prefiere reconducir la discusión a los carriles iniciales, porque se propone enfrentar al padre con Sandro en un terreno concreto.

El padre está ofreciendo una mayor "presencia" a condición de que su mujer colabore con él no "consintiendo" más a Sandro.

El padre ha absorbido el mensaje del terapeuta sobre el contrato con su hijo y ya está esbozando un programa.

tavos para gastártelos, pero a condición de que no vayas más a fastidiar a tu tía y que tu mamá no me diga que la has exasperado, como de costumbre.

Padre (dirigiéndose a su cuñada): Tú, Eleonora, no debes darle más chocolates y caramelos, porque sobre todo le arruinan el estómago.

Tía: No veo qué mal le hace un poco de chocolate con leche, de tanto en tanto.

Piero (en voz alta): ¡De tanto en tanto! ¡Pero Sandro está siempre metido en tu kiosco llenándose la boca de chocolate y caramelos!

Sandro (con rabia, al hermano): ¡No echés leña al fuego! (es decir, métete en tus asuntos).

Tía (dirigiéndose al padre): De todos modos, a mí ya no me metan en esto. Tú eres el padre, pero pienso que no hay que agarrársela con Sandro: es una criatura más sensible que los demás niños.

¿Alusión a la epilepsia y a la necesidad de que los adultos protejan más a Sandro? La tía parece en verdad necesitada de que Sandro siga siendo pequeño para mantener su rol en este sistema familiar; si Sandro crece y se desvincula, es inevitable el enfrentamiento entre los adultos de la familia.

Veamos qué elementos relacionales han impresionado más la atención del terapeuta en este fragmento de sesión.

El aparente proceso de coalición entre la madre y Piero, por una parte, y entre la tía y Sandro, por otra, parece tener por lo menos cuatro aspectos pragmáticos:

a) Dificulta un contacto positivo en el nivel del subsistema de los hijos y da por resultado que Piero y Sandro se comporten entre sí como perro y gato, siguiendo una distinción estereotipada de roles, respectivamente de chico sano y de chico enfermo. La epilepsia en este sentido justifica y refuerza el estereotipo.

b) Mantiene al padre fuera de un gran sector de la vida familiar, relegándolo a un rol "periférico". Es probable que su actitud habitual haya favorecido el mantenimiento de alianzas familiares de las que permanece excluido, según un *continuum* circular. Y, en este caso, su "no presencia" no parece ligada a datos convincentes de realidad laboral, pues al comienzo, en la fase social, ha presentado su trabajo como absorbente, pero con amplios espacios de tiempo libre que transcurre generalmente con los amigos o yendo a cazar durante el fin de semana.

c) Impide la desvinculación de Sandro (cosa que no parece haber ocurrido con Piero, que dispone en cambio de amplia libertad individual). En este sentido la epilepsia, como perturbación orgánica, puede haber representado un pretexto suficientemente válido como para justificar la imposibilidad, o, por lo menos, un retardo en el proceso de autonomía de Sandro hacia la adolescencia.

d) Evita, como hemos dicho, un enfrentamiento directo entre los adultos de este grupo familiar, mediante la identificación de un hijo como chivo expiatorio.

Proponer directamente en la sesión una relación privilegiada padre-Sandro, sugerida, por lo demás, por los mensajes implícitos de ambos (el estar de acuerdo sobre la definición del problema, por ejemplo), puede proporcionar informaciones útiles para evaluar en qué medida el padre es capaz de favorecer la desvinculación de Sandro. En términos relacionales, esto no es realizable si algo no cambia contemporáneamente en las relaciones interpersonales de

la familia, en otros planos. La mayor "presencia" del padre parece constituir un factor activante, pero no suficiente para reconstruir sobre bases más satisfactorias una unidad de pareja, que ya no necesite de un paciente identificado. En el curso de la terapia será necesario actuar en este sentido, mediante una profundización de las dinámicas familiares, y también habrá que fomentar una mayor fluidez de la relación Piero-Sandro (Piero podría ayudar a Sandro en el proceso de desvinculación, si ambos no estuvieran comprometidos en dos alianzas que tienden a distanciarlos, más que a aproximarlos).

Es evidente, además, que la tía, para renunciar a las gratificaciones que le vienen de proteger a su "criatura", deberá encontrar una confirmación emotiva en otros planos, por el momento desconocidos.

IV. EL CONTRATO TERAPEUTICO

Un elemento esencial para la formación de un sistema terapéutico es el acuerdo sobre un *contrato terapéutico*, es decir, la definición de un objetivo.

El contrato terapéutico da la medida del compromiso de cada uno para el logro de los cambios apetecidos. Cuanto más claro, circunstanciado y concreto sea, tanto más eficaz y fructífera será la terapia. Cuanto más vaga y abstracta sea su formulación, tanto mayor será la posibilidad de malentendidos y de confusión en el curso de la terapia: la vaguedad de las metas será justamente lo que dificultará alcanzarlas. Además, cuanto más claro sea el objetivo terapéutico, tanto mejor podrá el terapeuta evaluar a distancia el éxito o fracaso de la intervención.

Si la primera sesión no ha proporcionado elementos suficientes para llegar a definir un primer objetivo, se podrá concertar la continuación con una o dos sesiones exploratorias, a fin de evaluar todos juntos la situación.

Una vez establecido un primer objetivo terapéutico (que podrá obviamente modificarse o ampliarse en el curso de la terapia), será posible establecer un acuerdo general sobre la duración del tratamiento: fijar desde el comienzo el número de sesiones hará que todos se sientan más comprometidos y corresponsables; producirá en la práctica el efecto de un refuerzo positivo tanto para el tera-

peuta como para la familia; esta última no deberá esperar un tratamiento interminable e imprevisible, sino que podrá verificar paso a paso el cambio realizado en un lapso definido. Eso no excluye, obviamente, que cumplido el término, se pueda reformular un nuevo contrato terapéutico con otros objetivos y plazos diversos.

Es justamente esta perspectiva de *terapia a breve plazo*²³ lo que en muchos casos resulta decididamente productivo para la familia; representa en realidad un modo de asimilar energías positivas de la relación terapéutica, más bien que del número de las sesiones.

Por otra parte, este enfoque terapéutico no es pura y simple intervención tendiente a eliminar el síntoma o el malestar momentáneo, sino más bien, como dice Mordecai Kaffman (1963) hablando del *fenómeno de la bola de nieve*, el comienzo de cambios positivos en el comportamiento y en las actitudes tanto del niño como de los padres, que "induce ulteriores modificaciones recíprocas en la relación padres-hijo con consecuencias positivas adicionales. La terapia ha servido para romper un círculo vicioso, y desde ese momento los cambios clínicos no son paralelos a la intensidad de la terapia".

A las mismas conclusiones llega Minuchin (1977) cuando afirma que "el sistema familiar tiene propiedades que se autoperpetúan. Por lo tanto, los procesos que el terapeuta activa dentro de la familia se mantendrán, en su ausencia, por obra de los mecanismos de autorregulación de la familia misma".

A través de mi experiencia con las familias he podido comprobar que la crítica formulada a menudo contra la terapia breve, de que es necesariamente superficial y de cortos alcances, carece de fundamento y contradice la evidencia del rol importante que desempeña el sistema familiar en el proceso terapéutico.²⁴

²³ Por terapias breves se entienden las de una duración promedio de tres a cinco meses, a razón de una entrevista por semana.

²⁴ "La persona no es un organismo pasivo, sino que participa de su propio universo (como afirmaron Ruesch y Bateson al desarrollar la idea de 'entropía negativa'). La terapia es un intercambio continuo entre paciente y terapeuta —sistema abierto de codificación, evaluación, formulación de hipótesis— que hace posible el desarrollo de actitudes nuevas y alternativas por parte del paciente" (Barten M., Barten S., 1973).

Definir un contrato terapéutico no siempre es tan simple, como no siempre es posible planear un programa de terapia a breve plazo.

Esto resulta particularmente cierto con familias en transacción esquizofrénica, en que la *desconfirmación*²⁵ de sí y del otro aparece en forma sistemática y en que el terapeuta debe recurrir a una serie de tácticas para modificarlas (sin ser a su vez desconfirmado) y para entrar en el sistema familiar. El mismo discurso parece aplicable a las familias con paciente identificado anoréxico y, más generalmente, a los núcleos familiares considerados por Minuchin (1977), según su estilo transaccional, como ubicados en los extremos de dos polos opuestos, caracterizadas unas —las *familias desligadas*— por límites particularmente rígidos e impenetrables, y las otras —las *familias aglutinadas*— por límites inexistentes o particularmente laxos.

La formulación de un contrato terapéutico permite también esclarecer dónde es más oportuno reunirse: según los casos o las circunstancias, la terapia podrá desenvolverse en un consultorio externo, a domicilio, en la escuela o en un Instituto, o pasar de una sede a otra, de acuerdo con las exigencias del momento. Una vez identificado el objetivo, el sistema terapéutico puede sentirse motivado para intervenir sólo en los problemas intrafamiliares, o bien activar intercambios más productivos entre la familia y las realidades exteriores a ella.

No es raro, en realidad, que en el curso de la primera sesión se llegue a un acuerdo para una intervención en otro nivel que, si bien excluye de entrada la oportunidad de una terapia para la familia, permite a veces una toma de conciencia mayor respecto de otras instituciones y la activación de una relación más fluida y productiva entre la familia y las realidades exteriores. He aquí un brevísimo tramo tomado de un primer encuentro con una familia, que me parece suficientemente ilustrativo.

Terapeuta: ¿Quién quiere empezar diciendo en qué consiste el problema?

²⁵ La *desconfirmación* no tiene nada que ver con la veracidad o la falsedad de la definición que alguien da de sí mismo o de otro, sino que niega más bien la existencia de éste como emisor de tal definición.

Madre: Mire, el problema es que me llamaron de la escuela para decirme que Giorgio es agresivo con sus compañeros y no está atento en la clase.

Terapeuta: ¿Están de acuerdo sobre eso?

Madre: Bueno, yo no estoy en la escuela... No puedo saber... es cierto que con la maestra anterior nunca se quejaron... pero ahora me aconsejaron que lo hiciera ver por un especialista, que le hiciera hacer quizás un electroencefalograma.

Terapeuta: Pero en casa y con sus amiguitos, ¿cómo le parece que se porta Giorgio?

Madre: Es muy despierto, eso sí... pero me parece que a su edad... bah, los hay también más traviesos.

Padre: En todo caso, en este período está más nervioso, quizás con esos exámenes se pueda determinar... sabe, estamos un poco preocupados de que tenga algo anormal. Si resulta que no tiene nada —dirigiéndose al hijo— ya vas a ver conmigo.

Durante esta parte del coloquio Giorgio se ha quedado con la cabeza baja, enojado, sin intervenir.

"El problema es que la escuela dice": por estas pocas frases es evidente la confusión en que se encuentra la familia, preocupada por un lado de que pueda existir realmente una patología que afecte al hijo, y por el otro resentida contra el maestro y a la vez sancionadora con Giorgio, que representa una "deshonra" para la familia.

Se puede observar también cómo el padre no interviene hasta el final: su escasa participación quedará evidenciada mejor en el curso de la sesión; entre otras cosas, se mostrará completamente extraño a la vida escolar de Giorgio. En esta situación, como en otras análogas, la terapia puede desarrollarse sobre distintos planos:

1) Evitar la formación de una vivencia de enfermedad para Giorgio y el resto de la familia.

2) Negar la terapia como intervención psiquiátrica en las "perturbaciones de Giorgio": es decir, negar la existencia de cualquier tipo de problema dentro de la familia y proyectar las energías de los familiares hacia el exterior, donde aparece clara la matriz del malestar.

3) Concertar una intervención en otro nivel, es decir, representar sólo el medio inicial para el logro de una relación efectiva entre la familia y la escuela, y salir luego definitivamente de la situación.

4) Una vez desencadenado un mecanismo relacional distinto respecto de la escuela, activar a la pareja parental para que mantengan una relación clara con los miembros de la escuela, y solicitar una mayor intervención del padre en la actividad escolar del hijo.

CAPITULO 3

LA COMUNICACION NO VERBAL

SIGNIFICADO DEL LENGUAJE ANALOGICO

Comunicar es una *conditio sine qua non* de la vida humana y de las relaciones sociales; sin embargo, cuando hablamos de comunicación a menudo pensamos automáticamente en el lenguaje. En efecto, la expresión verbal ha sido considerada durante mucho tiempo, en las más diversas profundizaciones teóricas, casi como el único vehículo significativo de comunicación.

Sólo en estos últimos decenios muchos estudios trataron de ahondar los módulos de comportamiento que constituyen la comunicación no verbal, y el análisis de sus correlaciones con el lenguaje verbal.

Si aceptamos con Watzlawick (1967) como principal axioma de la comunicación que *en toda situación de interacción todo el comportamiento tiene valor de mensaje*, de ello deriva la imposibilidad de no comunicar, por más que nos esforcemos en no hacerlo.

Hasta dos desconocidos que se encuentran casualmente por la calle y no se hablan, se comunican algo. Existe de hecho toda una serie de mensajes no verbales —desde mirar fijamente algo que uno tiene frente a sí, apartando la vista del rostro del otro después de haberlo mirado fugazmente hasta el apurar un poco el paso— constitutivos de ese ritual de “desatención civil” (Goffman, 1971) que significa claramente: no quiero detenerme a hablar, sigo mi camino.

La comunicación analógica, o no verbal, no incluye sólo los movimientos del cuerpo (conocidos con el nombre de cinética), sino también el que uno toque al otro, la gestualidad, la expresión del rostro, el tono de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y también la utilización del espacio tanto personal como interpersonal.

Esta tiene sus raíces en períodos mucho más arcaicos de la evolución; su validez es mucho más general que el módulo verbal, y es significativa si se la considera incluso entre personas de raza, origen y cultura distintos. En este último sentido Ekman, Sorenson y Friesen (1969), en una investigación realizada en Nueva Guinea, Borneo, los Estados Unidos, Brasil y Japón, observaron cómo las mismas fotografías estándar en que un sujeto manifestaba determinadas emociones fundamentales mediante la expresión del rostro, eran interpretadas igualmente en las diversas naciones y culturas.

Del mismo modo, si oímos por la radio o por una grabación el discurso de una persona que habla una lengua que nos es absolutamente desconocida, aunque escuchemos durante un rato no lograremos comprender nada: pero mirando directamente a la persona mientras habla podremos indudablemente deducir alguna información por la expresión de su rostro, por los gestos y por los llamados movimientos de atención que inevitablemente acompañan al lenguaje.

Todo esto corrobora la hipótesis de que los modelos analógicos de comunicación poseen un fuerte componente instintivo que se aproxima a una señal universal, además de un componente imitativo y cultural, aprendidos del contexto social.

En la actualidad, en el campo de las ciencias del comportamiento, existen dos modalidades distintas de lectura del lenguaje no verbal:

El *enfoque psicológico*, según el cual la comunicación no verbal se considera como la expresión de emociones; en este sentido nos vemos llevados a creer, por ejemplo, que entrecruzar las piernas puede significar temor de castración, o que una particular expresión del rostro quiere expresar un estado depresivo interior o, al contrario, un estado de bienestar.

El *enfoque comunicacional* (adoptado en particular por los antropólogos y los etólogos), que estudia e interpreta los comportamientos posturales, el contacto físico y el movimiento en relación con el contexto social, con la cohesión y la regulación de las relaciones en el grupo; en este último caso, por ejemplo, la observación de una familia cuyos miembros están sentados juntos puede proporcionar una serie de informaciones increíble, simplemente

por el modo en que sus miembros mueven los brazos y las piernas. Si la madre es la primera en cruzar las piernas y luego el resto de la familia la imita, repitiendo la misma acción, es verosímil que la madre tenga el poder de iniciar las interacciones de la familia, aunque ella misma y los demás familiares no tengan conciencia de ese hecho. Sus palabras pueden negar directamente su función de guía, cuando se dirige al marido y a los hijos como para recibir consejo.

En realidad estos dos puntos de vista no son mutuamente excluyentes, puesto que los comportamientos humanos pueden ser al mismo tiempo expresivos y sociales o comunicacionales.¹

RELACIONES CON EL MÓDULO VERBAL

Está claro que una vez definido el contexto en el que ocurre una determinada interacción, el lenguaje no verbal puede contradecir o confirmar la comunicación verbal: el dicho francés *—c'est le ton qui fait la musique—* es una frase trivial, pero está incorporado a la experiencia corriente de todos nosotros; así por ejemplo, un reproche o una frase agradable pueden tener distinto eco según el tono, la actitud y la expresión con que se los pronuncia; del mismo modo, podemos mostrar de muchas maneras a un interlocutor que nos habla, que no tenemos interés en él, aun respondiéndole cortésmente.

Si referimos ahora a un contexto terapéutico todo lo dicho respecto de situaciones corrientes de la vida cotidiana, la contraposición entre modalidad comunicativa verbal y no verbal resulta particularmente importante.

He aquí una breve secuencia comunicativa respecto de una sesión de terapia a la que asistió una familia compuesta por los padres y un único hijo, Alfio, de 8 años.

Al indagar sobre el problema el terapeuta pide a los padres que enumeren las "malas acciones" (el término es de la madre) de Alfio

¹ Si el observador centra la atención sobre un miembro de un grupo y considera únicamente el pensamiento y las manifestaciones de esa persona, verá su comportamiento como expresión. Pero si considera el comportamiento mismo en función de los efectos que "produce" en el grupo más amplio, entonces aplica un "enfoque comunicacional" (Schefflen, 1972).

de modo explícito y exhaustivo, transcribiéndolas en el pizarrón. El pizarrón se llena rápidamente: Alfio se divierte echando fósforos encendidos en el tanque de la moto, arrojó a una niña en el estanque de los peces, rompió un vaso de cristal de gran valor en la casa, trató de incendiar la casa aplicando fuego a una silla de paja, roba revistas de historietas en el kiosco, etcétera. Lo que sobre todo impresiona al observador, más allá de las singulares empresas que acomete Alfio, es el modo en que el padre y la madre comentan estos comportamientos en el plano no verbal, asumiendo una actitud entre complacida y cómplice, que contrasta decididamente con el sentido de turbación e impotencia referido verbalmente.

La complicidad parece más manifiesta cuando el marido pide a la mujer que muestre al terapeuta la última hazaña del niño: la compra de cinco navajitas. La madre saca de su cartera el "cuerpo del delito": las navajitas son presentadas ya abiertas, semienvueltas en un bolso, y depositadas sobre la *moquette* de la sala de terapia, como para invitar implícitamente al niño a la acción. Mientras los padres hablan con el terapeuta de esta última compra "imprudente" del niño, Alfio toma las navajitas y comienza a cortar la *moquette* sin que los padres den ninguna señal de quererlo detener.

Si el terapeuta se limitara a analizar los contenidos de lo que los padres escribieron en el pizarrón y luego narraron verbalmente atribuyéndolo esencialmente a Alfio, terminaría reduciendo el problema al simple análisis de los comportamientos inadecuados del niño, perdiendo de vista el significado relacional de toda la secuencia y la incongruencia entre módulo verbal y no verbal, que él mismo presenció en el curso de la sesión.

En una visión más general es fundamental el supuesto según el cual todas la veces que las personas se comunican entre sí, informan al otro no sólo en términos de *contenido*, sino también en términos de *relación*. Lo cual significa que toda comunicación afirma algo también a propósito de la relación entre quien la emite y el que la recibe.² Es entonces de esperar que el aspecto de contenido y el de relación no sólo coexistan, sino que sean complemen-

² Si quienes se comunican son más de dos, la situación resulta más compleja porque es posible que una persona envíe un mensaje de relación a otra, mediante un aparente mensaje de contenido dirigido a una tercera.

tarios en todo mensaje, donde el primero tiene más probabilidades de ser transmitido con el módulo verbal y el segundo con el analógico.

En realidad integrar estos dos lenguajes y traducir de uno a otro puede crear grandes dificultades: cuanto más *sana* sea la interacción, tanto más la definición de la relación se correlacionará de un modo fluido y abierto con el cambio del contenido; cuanto más *perturbada* sea una interacción, tanto más se caracterizará por tensiones constantes para definir la naturaleza de la relación, mientras el aspecto de contenido resultará cada vez menos importante.

La distinción entre módulo verbal y no verbal tiene gran importancia en la pragmática de la comunicación humana. Se puede afirmar que los dos módulos difieren sustancialmente entre sí en lo que respecta a:

a) *Relación con el objeto al que se refiere la comunicación*

La relación entre el objeto y la palabra que lo denomina es de tipo convencional y arbitrario. La comunicación analógica, en cambio, aparece ligada de un modo inmediatamente inteligible y significativa con el objeto que quiere definir. Esta diferencia entre módulo verbal y analógico es particularmente evidente en el curso de la terapia cuando se recogen informaciones sobre la historia de la familia y sobre las relaciones efectivas entre sus componentes.

Contar hechos, emociones, así como describir las relaciones más significativas del propio ámbito familiar resulta a menudo difícil, y a veces incluso anónimo y convencional; mientras que *actuar* las mismas cosas en una especie de *escultura familiar*, sin el uso del medio verbal, proporciona una imagen inmediata, extremadamente vivaz e inteligible, de todo lo que el sujeto en acción desea comunicar.

b) *Posibilidad de transmitir informaciones sobre los objetos*

Tales informaciones se transmiten con el lenguaje verbal mediante la utilización de los conceptos; se puede afirmar a propósito que la transmisión de la cultura está confiada en la práctica sobre todo a la comunicación verbal, así como, más en general, el aspecto de *noticia* de un mensaje cualquiera, mientras, como he di-

cho, el lenguaje analógico es bastante más útil y significativo en la comunicación sobre relaciones.³

c) *Claridad o ambigüedad*

La comunicación verbal, basada en el principio del sí o del no, transmite informaciones que pueden comprenderse o no según la sintaxis del módulo lingüístico y únicamente de un modo simbólico (comunicando, por ejemplo, sobre las propias necesidades, deseos y emociones mediante las palabras). La comunicación analógica, más allá de su componente instintivo, transmite informaciones que se comprenden de una manera diferente cuando las reciben personas distintas en culturas distintas; basta pensar en las diferentes sensaciones evocadas por un mismo comportamiento analógico, como un abrazo, una carcajada, un apretón de manos. Es, sin embargo, de difícil interpretación, porque no tiene propiedades que especifiquen cuál de las posibles interpretaciones es exacta, ni indicadores que permitan distinguir pasado, presente y futuro: posee sin embargo una semántica adecuada para definir la relación.

d) *Utilización predominante en subculturas y edades distintas*

Numerosas investigaciones, entre las cuales se encuentran las realizadas por Minuchin (1967) y Bernstein (1960), corroboran la hipótesis de que el módulo verbal tiene un uso relativamente mayor en las clases sociales medias y medio-superiores.

³ Son interesantes, a este respecto, los estudios efectuados sobre modalidades comunicativas analógicas de los animales, cuando se trata de definir la relación. Baste mencionar la danza-lenguaje de las abejas o los comportamientos simbólicos con que los perros esquimales definen el territorio, o el modo en que las aves migratorias concuerdan, por así decirlo, acerca de cuál debe ser la dirección de la bandada en vuelo o se informan recíprocamente sobre eventuales peligros; o los estudios realizados por varios etólogos sobre el comportamiento de los primates cuando establecen en grupo las estructuras de poder. Igualmente significativo en el plano de la relación es el diálogo entre hombre y animal: el dueño de un perro, por ejemplo, está convencido de que el animal entiende lo que él le dice y responde en consecuencia; lo que caracteriza la interacción entre ambos es evidentemente la riqueza del contenido analógico que acompaña al discurso.

En lo que respecta a la utilización predominante de un módulo en comparación con el otro, el elemento diferencial importante es la cultura de pertenencia. Al observar familias de cultura latina, anglosajona y negra, he podido comprobar personalmente el distinto uso y significado de las palabras respecto del código analógico. Una observación de este tipo es obviamente generalizable (puede referirse igualmente a grupos sociales de un mismo país que provienen de tradiciones históricas y culturales diferentes, con la consiguiente diversidad dialectal); va de suyo que toda intervención terapéutica puede resultar impropia o insuficiente, si antes no se ha captado la "gramática" del lenguaje no verbal de un grupo y su relación con la lengua hablada, viviendo y participando en el contexto social en cuyo ámbito toman forma y adquieren significados el lenguaje y los comportamientos.

En lo referente a las edades, parece predominar claramente lo analógico en la infancia y la preadolescencia, donde el juego y la creación fantástica representan uno de los medios comunicativos más ricos y auténticos, propios de esa fase evolutiva.

EL ESPACIO EN LA INTERACCION HUMANA

Un aspecto particularmente fascinante de la comunicación humana es la observación de las reacciones del individuo en relación con el espacio circundante y su modo de utilizarlo y de comunicar a través de él estados de ánimo y señales a otros seres humanos.

El espacio no se reduce entonces a una secuencia de relaciones geométricas, sino que es la expresión de nuestro vivir y de nuestro ser: cualquier acción es un cambio de nuestro espacio corporal en el espacio circunstante y una progresiva definición de nuestro mundo interior; también el proceso que lleva al reagrupamiento de la propia identidad es un progresivo diferenciar y delimitar el espacio interno respecto del externo.

El espacio aparece, por lo tanto, como una dimensión innata y universal del hombre, sea en el nivel expresivo como en el social; representa la definición de un territorio,⁴ de un lugar que se consi-

⁴ La etología define la *territorialidad* como la expresión de la *extensión*

dera como propio, donde uno se encuentra a sí mismo y al mismo tiempo negocia relaciones con otros seres humanos.

Es bastante fácil observar que si por un lado el espacio responde a la necesidad del sentir individual, por el otro está ligado a una serie de condicionamientos sociales y culturales, que pueden expresarse en las formas más variadas.

Antes de pasar a describir el uso del espacio en un contexto terapéutico, me parece oportuno proporcionar al lector una distinción del espacio en términos dinámicos de proximidad o distancia emotiva, siguiendo la clasificación propuesta por Hall (1966):

a) *distancia íntima*, es decir, una distancia de cercanía, que presupone un contacto: es la distancia que usa la madre, por ejemplo, para tener en brazos a su niño o la distancia a que se colocan dos personas en la relación amorosa. En estos casos el contacto físico tiene un notable valor pragmático de refuerzo de la intimidad de la relación espacial.

b) *distancia personal*, o sea, una distancia más o menos cercana, en que es eventualmente posible tocar a otra persona, por ejemplo extendiendo el brazo, pero donde están más claramente definidos los límites de un espacio personal propio. Esta distancia caracteriza relaciones de tipo interpersonal como las que existen entre dos amigos, dos compañeros de trabajo interesados en algo que les es común; también me parece la distancia más adecuada para una relación terapéutica.

c) *distancia social*, que es aquella en que el único contacto directo es de tipo visual; aun no siendo todavía necesariamente indicativa de una relación impersonal, el espacio actúa en este caso como una defensa potencial contra eventuales intromisiones desde el exterior. Un ejemplo de distancia social es aquella en que se pueden discutir los negocios, o más en general, en que existe una clara jerarquía de competencias y de responsabilidades entre los interlocutores. En estos casos el espacio sirve para separar más que para

de un organismo en el espacio. La territorialidad proporciona el esquema sobre el cual se insertan las acciones de cada individuo de una determinada especie o cultura, respecto de su contexto o de otro individuo en particular.

unir, y está ocupado por objetos (un escritorio, una mesita, un mueble, etcétera), que tienden a confirmar la distancia que se considera más apropiada para este tipo de relación.

Profundizando el estudio del espacio se puede observar, por ejemplo, que la relación tradicional del médico con el paciente en situaciones de consulta psiquiátrica ambulatoria está dispuesta de modo de mantener una *distancia de protección* respecto del paciente; el espacio en que se desarrolla la entrevista está ocupado generalmente por un escritorio, la camilla, guardapolvos, carpeta clínica, recetario, armarios con remedios, etcétera, objetos todos que tienden a establecer una barrera, de modo que la relación termina siendo necesariamente estática, impersonal y rutinaria. Por consiguiente, igualmente estática e impersonal será la recolección de información y la sucesiva elección de la técnica a emplear.

d) *distancia pública*, la que se utiliza en las relaciones formales, una especie de distancia de seguridad, donde se pierde todo carácter de relación interpersonal directa: es típica la del conferenciante o la de un profesor en una clase académica.

Ya he aludido al significado del contacto físico, a propósito de la distancia íntima. Así como es obvio que la experiencia táctil es fundamental y prioritaria en el desarrollo de los sentidos durante los primeros años de vida del niño, también es claro que incluso en la edad adulta, como en cualquier otra edad, tocar y tocarse representan una modalidad comunicacional muy cargada de sentido mediante la cual puede transmitirse una infinidad de mensajes: amor, coincidencia, amistad, superioridad, dependencia, etcétera. El contacto físico, como la traslación del cuerpo en sentido más general, constituyen un modo de definirse y de definir los propios movimientos en el espacio, y también una elección de relación con los demás.

Schefflen (1972), al poner más acento sobre el significado comunicacional que sobre el expresivo del *body language*, distinguió tres modalidades de posición:

1) *Posición inclusiva o no inclusiva*: es el modo en que los miembros de un grupo incluyen o excluyen a otra persona. Por ejemplo, en una reunión algunas personas pueden formar un pe-

queño círculo y excluir a los otros de su ámbito espacial y visual: el gesticular, la inclinación del cuerpo o pequeñas rotaciones de éste pueden representar una defensa del pequeño grupo frente a eventuales intromisiones desde el exterior. En este sentido es interesante observar cómo la distancia íntima entre dos personas se reestructura completamente con la inclusión de una tercera persona en la relación.

2) *Posición vis-à-vis u orientación paralela del cuerpo*: dos personas pueden ponerse en relación ubicándose una frente a la otra, o bien sentándose juntas, en paralelo, eventualmente en dirección a una tercera. En el primer caso la relación se potencia por un contacto visual completo y por una espacialidad que permite la entrada de uno en el territorio del otro. Es probable que la mayor o menor distancia entre los dos se module según su grado de conocimiento y de efectiva intimidad o de expectativas con respecto a la relación; podrá señalar además el deseo de incluir a otras personas, o, en cambio, el de excluirlas. En la disposición en paralelo puede señalarse una situación en la que dos o más personas prefieren mantener entre sí una relación neutra o por lo menos indiferente; en otros casos, se indica un interés mayor en la relación mediante movimientos de acercamiento del cuerpo, gestos y pequeñas rotaciones que permitan un contacto visual.

3) *Posición de congruencia o incongruencia*: si en un grupo, por ejemplo, existe una relación de afinidad y de aceptación recíproca, las actitudes y las posiciones de cada uno resultarán casi especulares con las del otro: si uno se aparta, los otros se apartan consensualmente; si uno inclina el busto hacia adelante como para entrar en un espacio más íntimo, es probable que lo sigan los demás componentes del grupo, etcétera. Operaciones de mimesis como las descritas están generalmente implícitas o son espontáneas en una situación de congruencia. Por el contrario, una persona que quiera demostrar su disenso puede asumir deliberadamente una posición incongruente respecto del grupo; tal disenso es en algunos casos casi inconsciente e incluso directamente negado de palabra; pese a ello, la disposición espacial lo confirmará de una manera evidente e incontestable.

ESPACIO Y MOVIMIENTO EN TERAPIA FAMILIAR

El psicoanálisis y, en general, la terapia psicodinámica utilizan principalmente la palabra como instrumento terapéutico y medio de traducción de estados de ánimo profundos; las libres asociaciones —verbales— representan, por ejemplo, una modalidad para entrar en el mundo interior del paciente. El acento cae sobre el hablar en torno a emociones y conflictos del analizado, para luego interpretarlos, sobre la base de la historia y de los traumas del pasado.

En terapia relacional las señales, el contacto físico, el movimiento, la acción, la presencia de otros provocan simultáneamente asociaciones, significados y comportamientos en un contexto dado. El acento cae sobre el actuar y dramatizar estados emotivos y conflictos en el presente, para verificar efectivas posibilidades de cambio en el interior del sistema familiar, mediante la intervención activa del terapeuta.

Mientras que un terapeuta psicodinámico desarrolla una aptitud específica para observaciones pasivas y aprende a medir sus intervenciones con cautela, un terapeuta relacional hace un uso completamente distinto de sí mismo: se considera miembro agente y reactivo del sistema terapéutico e introduce en él creatividad e inventiva personal, sentido del humor y experiencias personales y profesionales; contacto físico, utilización del espacio y del movimiento representan instrumentos operativos indispensables para un terapeuta de la familia, que se vale de ellos con el fin de observar secuencias comunicativas funcionales y disfuncionales, límites personales e interpersonales, disponibilidades de cambio, etcétera.

Descifrar el lenguaje analógico de una familia es fundamental dentro de una lógica relacional: significa *entrar* en ese sistema específico, o sea, aprender las reglas a menudo implícitas de ese grupo y evaluar la mayor o menor coherencia entre mensajes verbales y no verbales; obviamente, también el terapeuta terminará por comunicar de un modo analógico dónde se sitúa respecto de ellos, o sea, en qué medida está dispuesto a dejar entrar a los miembros de la familia en su propio sistema.

Para muchas familias —según Duhl y Kantor (1973)— el sistema terapéutico y el espacio actúan como un resorte y el terapeuta como un intermediario que facilita el desarrollo de nuevas informaciones y comunicaciones. Tarea de la terapia es proveer conocimientos

que puedan generalizarse a otros espacios y fuera del control del terapeuta. Observar la disposición espacial de la familia en la sesión es importante para un terapeuta relacional. El modo en que cada uno está sentado puede proporcionar indicaciones útiles para verificar alianzas, identificaciones, centralidad o alejamiento: la geografía de la familia en el espacio nunca es casual; es misión del equipo terapéutico estudiarla correctamente.

En algunos casos ésta puede responder a reglas familiares precisas: es decir, puede ser la *radiografía* de definiciones de relación codificadas dentro del grupo y representadas desde el comienzo de un modo analógico. No es infrecuente, por ejemplo, que la disposición espacial del paciente identificado difiera de la asignada a los demás; a veces, cuando el mecanismo de desviación del conflicto conyugal es el hiperproteccionismo, observaremos que el niño identificado ocupa un espacio particularmente restringido, en medio de los padres, con lo que resulta netamente separado de los otros hijos; si estamos, en cambio, frente a un rechazo familiar por el comportamiento "reprobable" de un adolescente, notaremos una visible distancia entre el portador de la perturbación y los demás, como para expresar analógicamente la necesidad de "mantener las distancias". En el caso de una pareja, la disposición espacial asumida por los dos cónyuges puede proporcionarnos informaciones en varios niveles: quién solicitó la terapia, quién se siente arrastrado a una "operación" que no aprueba, quién ha acompañado al cónyuge "enfermo", etcétera. También es probable que la disposición espacial indique una división de funciones y roles familiares. La simple observación del espacio ocupado por cada miembro del grupo puede informarnos entonces sobre quién tiene el rol de guía, de portavoz oficial o de miembro periférico de la familia, etcétera.

Una observación importante, sólo aparentemente en contraste con lo dicho más arriba y que escapa a menudo al terapeuta inexperto, es que la posición espacial de los miembros de la familia, sobre todo en la fase de formación del sistema terapéutico, está siempre condicionada por la presencia del terapeuta, o sea por la interacción con un interlocutor extraño a la familia, respecto del cual el sistema familiar debe encontrar la adaptación más adecuada. No es así infrecuente ver en la sesión que muchas actitudes son como inducidas, más vinculadas con la imagen que la familia como conjunto, o algunos de sus miembros en particular, quieren dar de

sí al terapeuta, que con la realidad de posiciones y comportamientos habituales. Mostrar determinados estados de ánimo resulta, en estos casos, una modalidad de realimentación homeostática del sistema frente a un extraño sentido genéricamente como peligroso.

Sólo cuando el terapeuta ha logrado acceder plenamente al seno del sistema familiar, le resultarán claras las reglas relacionales de sus miembros, sean éstas funcionales o disfuncionales, y el contexto será decididamente terapéutico. Tan relevante como la disposición espacial asumida por la familia en la sesión, resulta la del terapeuta, que deberá ponerse en relación con el sistema familiar como un interlocutor privilegiado y al mismo tiempo neutral. Es increíble la facilidad con que un operador inexperto puede perder incisividad e imparcialidad, simplemente porque se ubica en forma inadecuada en términos espaciales.

Muy importante para evaluar el proceso terapéutico es la utilización del espacio por parte de los miembros de la familia y del terapeuta, en el curso de la terapia. Los movimientos que se realizan en la sesión no son nunca casuales y constituyen indicadores extremadamente válidos de secuencias interactivas. El movimiento, la acción, el juego, el enfrentamiento son por lo tanto observados y solicitados por el terapeuta relacional según una estrategia destinada a recoger informaciones, a dramatizar y reestructurar relaciones inadecuadas, a activar canales de interacción nuevos o en todo caso inexpressados, que produzcan un efecto liberador sobre el paciente identificado y sobre los que interactúan con él.

LA ESCULTURA DE LA FAMILIA

La escultura de la familia,⁵ una de las más nuevas y activas técnicas no verbales, permite la expresión de ideas y emociones mediante el uso del cuerpo y del movimiento. Esta técnica se propone recrear simbólicamente en el espacio estados de ánimo y vínculos

⁵ Peggy Papp, del Nathan W. Ackerman Family Institute de Nueva York, y Duhl y Kantor, del Boston Family Institute, pueden ser considerados como verdaderos pioneros en la experimentación de esta novísima modalidad de intervención relacional, que parece susceptible de integrar las teorías sistémicas con una dimensión histórica y a la vez interior del individuo y de la familia de la que éste proviene.

emotivos, mediante una representación tridimensional de las relaciones entre los miembros de la familia. La escultura puede definirse como la *representación simbólica de un sistema*, pues en ella se enfocan los aspectos comunes a todo sistema —espacio, tiempo, energía—; de este modo las relaciones, los sentimientos, los cambios pueden representarse y experimentarse simultáneamente.

Explicar en qué consiste de hecho una escultura presenta, sin embargo, los mismos límites que existen al describir una obra escultórica sin poderla observar directamente. Así, tampoco es fácil reproducir con palabras la riqueza expresiva y relacional del proceso de formación de la escultura misma, que es tan significativo como su representación final.

“Esculpir” es una modalidad creativa, dinámica y no verbal mediante la cual el *escultor* puede representar las relaciones más significativas que lo ligan con los otros, que ligan a estos últimos entre sí, en un contexto y en un momento histórico determinados. Termina así dando vida a una composición espacial, a menudo dramática, que expresa visualmente sus emociones y las de los familiares en apropiada interacción. Por lo tanto, hace asumir a cada uno una posición, una relación de cercanía o distancia, una mirada y una actitud del rostro que replanteen simbólicamente sus vivencias personales respecto de ellos y de su relación recíproca, y al colocarse, por último, él mismo en la escultura, representa cómo y dónde se ve en relación con los otros. De esta manera la esencia misma de sus experiencias familiares, sean relativas al presente o al pasado, se condensa y proyecta en una imagen visual.

Por lo común es el terapeuta el que elige a la persona que actuará como escultor, mientras los demás se transformarán en la “arcilla” a plasmar y colocar en el espacio. En la elección tendrá en cuenta el momento terapéutico y la realidad de cada familia específica, activando, por ejemplo, al que considera más capaz de expresar espontáneamente vivencias emotivas; en otros casos, en cambio, invitará justamente a la persona que dentro del grupo parece ser la más inhibida e incapaz de comunicar con palabras lo que siente, de modo de promover, a través de un canal no verbal, una participación activa de esa persona en el proceso terapéutico. Podrá elegir incluso a un niño que mediante la acción y el movimiento está habitualmente más dispuesto a representar con vivacidad y en forma espontánea conflictos y malestares familiares.

Una vez elegido el escultor, el terapeuta lo ayudará activamente en la fase inicial de su esfuerzo creativo, pues a menudo la novedad de la cosa puede provocar dificultades emotivas y consiguientes situaciones de bloqueo. Establecidas las reglas generales y comenzado el proceso, el terapeuta asumirá un rol de observador participante, comentando sólo esporádicamente lo que está sucediendo. Durante la ejecución de la escultura se hace muy poco uso de palabras, salvo en lo referente a indicar la posición que cada uno debe asumir (y, naturalmente, los estados de ánimo que el escultor desea expresar al elegir determinadas posturas y actitudes). Además, los participantes deben entrar en la representación sin sugerir a su vez miradas, posiciones del cuerpo o actitudes, en el momento en que se los dispone en el espacio.

La escultura es significativa justamente porque constituye una representación espacial de una situación emotiva *actuada* y no verbalizada: como tal, supera los límites expresivos de las palabras y permite la liberación de estados emotivos y de modalidades comunicativas a menudo adormecidas o inexpressadas. Esculpir las relaciones permite percibir "de una ojeada" todo el cuadro familiar, sea *in toto* o en sus partes individuales; *ver la relación es el primer paso hacia el cambio*.

Sólo una vez terminada la escultura podrá expresar cada uno verbalmente lo que experimentó al participar en ella: es extraordinario observar que, en este punto, el intercambio verbal se produce sobre la base de una disponibilidad recíproca acrecentada y en un nivel de mayor intimidad y comprensión.

La escultura se propone visualizar toda la red de relaciones, tanto dentro como fuera de la familia y, además, los vínculos entre generaciones presentes y pasadas, con el fin de promover una mayor diferenciación de cada uno en el ámbito de su propia realidad contextual, mediante la renuncia a roles y modelos estereotipados. A propósito de las ventajas inherentes a esta técnica no verbal, Papp y otros (1973) subrayan, entre otras cosas, la posibilidad de *evitar racionalizaciones, resistencias y estigmatizaciones*: mediante la escultura se priva a las familias de sus canales verbales usuales y se las hace comunicarse en un nivel más significativo. En efecto, las triangulaciones, alianzas y conflictos se representan de un modo coreográfico, es decir, se concretizan y ubican en la esfera vi-

sual, sensorial y simbólica, donde hay mayores posibilidades de comunicar emociones en todos los niveles.

Otra ventaja de la escultura es sin duda el *efecto cohesivo*⁶ que provoca en la familia: justamente este aspecto es lo que lleva a los miembros de la familia a pensar en sí mismos en términos de unidad sistémica, de la que cada uno es parte integrante e influye a su vez sobre los demás. Al mismo tiempo, representarse o ser representados como parte de un sistema es un modo de promover una progresiva *individuación* de cada uno respecto de los demás. Esta es una experiencia a menudo eficaz e inusitada en familias "aglutinadas",⁷ en las que la fusión, la falta de identidad y el espacio personal parecen las matrices del malestar.

En los últimos años la utilización de la escultura como medio auxiliar terapéutico ha ido aumentando progresivamente; más en particular, se llegó a hacer amplio uso del movimiento dentro de ella. Así, el término mismo de escultura parece hoy insuficiente para describir una modalidad que si bien tiende siempre a enfocar el aspecto visual-espacial de la relación mediante una representación precisamente escultórica,⁸ quiere al mismo tiempo traducir las energías emotivas en términos de movimiento, de aproximación o alejamiento en el espacio. Si el primer paso en dirección a un cambio consiste en *ver la relación*, el paso sucesivo es *moverse de un lugar a otro*. Así, en la fase final de la escultura, el terapeuta puede preguntar al escultor o a otros participantes cómo se sienten

⁶ Con este término no quiero referirme a que sea más valioso unir a la familia que dividirla, objetivos éstos que no deberían entrar entre los que se propone un terapeuta familiar; deseo en cambio subrayar la importancia de que los miembros de la familia se sientan actores participantes y determinantes de un sistema que les es propio y cuya vida y reglas dependen de las decisiones de cada uno respecto de los demás.

⁷ Según la distinción propuesta por Minuchin (1974) entre familias aglutinadas y desligadas, cuya aglutinación y desligamiento se refieren al estilo transaccional del sistema familiar.

⁸ El punto culminante del aspecto estático es el instante central: el escultor, después de haber construido su escultura, inmoviliza la escena unos segundos, durante los cuales se fijan en el espacio emociones y relaciones, con el fin de amplificar su intensidad y permitir así a los participantes asimilar sus caracteres esenciales.

en una determinada posición, invitarlos a desplazarse hacia una posición que les guste más, a asumir una actitud distinta si la actual es insostenible: todo ello resultará como un estímulo para producir un posible cambio, e inmediatamente después como una verificación del modo en que el sistema familiar percibe ese cambio en el nivel analógico. En efecto, experimentar el cambio de ubicación y realizarlo promueve la formación de un canal distinto de comunicación en el cual se evidencian las conexiones entre la estructura (las posiciones recíprocas), las interacciones (los movimientos en relación con la estructura) y los estados emotivos (los sentimientos suscitados por las posiciones y los movimientos).

Una vez en claro los supuestos en que se funda la escultura como modalidad de análisis y de intervención no verbal, su utilización puede ser muy variada, sea en el curso de la terapia o en el proceso de formación del terapeuta relacional. El terapeuta puede pedir a los miembros de una familia que esculpan las relaciones intrafamiliares más significativas o que representen el problema por el cual se requirió la terapia; también puede pedir al paciente identificado que esculpa el rol que ha asumido en la familia y cómo se ubican los demás respecto de ese rol: esto permitirá ver cómo actúan abiertamente determinados estereotipos y ayudará al escultor a liberarse de una etiqueta rígida y limitativa, y a la familia a buscar nuevas expresiones de relación que ya no necesiten perpetuar estereotipos o comportamientos sintomáticos.

En una terapia de pareja en que el punto crucial es el conflicto sobre quién define las reglas, el terapeuta puede invitar a los cónyuges a crear una escultura⁹ en la que se represente el conflicto y en seguida se experimenten modalidades de cambio. Es posible hacerlo pidiendo a los dos que definan por turno su espacio personal¹⁰ y el del otro respecto del suyo. Pide sucesivamente a ambos, uno por vez, que acojan al otro dentro de su propio espacio personal, utilizando modalidades diversas: cómo siente que eso ocurre habitualmente, cómo querría que ocurriera, y, por último.

⁹ La *escultura de pareja* ha sido definida por Dulh y Kantor (1973) como *boundary sculpture*, es decir, escultura de límites.

¹⁰ Hall (1966) definió como personal el espacio que circunda a cada individuo y que supone la existencia de una frontera invisible, y que es reconocido como tal justamente a consecuencia de que existe.

cómo piensa que lo desearía el otro. Una vez definidos en acciones estos momentos, las reglas de la relación resultarán más claras para ambos; el escultor recibirá nuevas informaciones sobre el modo en que su comportamiento influye de hecho sobre el otro, y viceversa: la representación física y espacial de estados emotivos hasta entonces desconocidos, o por lo menos vagos y confusos, se podrá utilizar entonces para aprender modalidades comunicativas más adecuadas para ambos.

La escultura ha resultado ser un medio indudablemente eficaz para incluir a los niños en el trabajo terapéutico. Les proporciona un canal casi natural para expresar emociones y relaciones significativas, que difícilmente se evocarían con el medio verbal. Por añadidura, les da la sensación correcta de qué importantes son sus percepciones también para los adultos (lo que aumenta, además su disposición a colaborar); también permite la visualización, a veces dramática, de la relación existente entre el síntoma y la interacción familiar.

La escultura puede utilizarse también para representar a la familia en una dimensión histórica, mediante una reactivación de su vida desde el pasado hasta la actualidad. El terapeuta solicita entonces que las personas esculpan su familia nuclear; pide luego a los padres que esculpan su familia de origen; todo esto proporcionará una visión más completa de la vida emotiva de la familia en el tiempo, y permitirá individualizar canales relacionales funcionales o disfuncionales en el lapso de más de una generación.

En fin, la escultura se utiliza ampliamente en el curso de la *formación del terapeuta relacional*, como modalidad no verbal, mediante la cual el futuro terapeuta puede representar en grupo¹¹ las relaciones de mayor gravitación relativas a su propio sistema familiar; cuanto más sea capaz de comunicar a los demás sus propias vivencias, tanto mejor podrá comprender a la familia en el curso de la terapia y percibir las dificultades de esta última, a menudo simi-

¹¹ Nuestros grupos de formación, constituidos en general por trabajadores sociales que desarrollan su actividad en la estructura asistencial misma, son pequeñas unidades de 8-10 personas. La pertenencia a un mismo grupo operativo permite un potenciamiento del trabajo de formación y una verificación concreta sobre el terreno; el número relativamente restringido facilita la rapidez de los procesos de aprendizaje y una mayor profundización del enfoque relacional.

lares a las suyas, y, en última instancia, considerarlas comunes y reversibles, una vez que esté libre de superestructuras y estereotipos profesionales.

Siempre en el ámbito de un programa de enseñanza, el equipo terapéutico puede utilizar la escultura para dramatizar los conflictos que presenta una familia en el curso de la terapia, y para evaluar las posibilidades de cambio que tiene el sistema. Más particularmente, se ha hecho amplio uso de esta técnica no verbal, después de haber asistido a estados de crisis aguda (en el ámbito de sesiones domiciliarias), o sea, cuando el sistema familiar se ve fuertemente sacudido por una situación de descompensación de gran compromiso. La representación escultórica permite así "fijar" la crisis en una secuencia espacial y visualizar sus diversos componentes en términos relacionales, por lo que proporciona una contribución no indiferente al proceso terapéutico que se está realizando.

La escultura también sirve para representar la *relación terapeuta-supervisor* que, como hemos dicho, implica un proceso dinámico de crecimiento entre dos personas empeñadas, aunque sea a niveles diversos, en la misma operación. Puede ofrecernos, por lo demás, informaciones útiles sobre la relación que de hecho existe entre ambos, su grado de intimidad y sus recíprocas expectativas. Del mismo modo, la escultura es un medio muy eficaz para representar la red de relaciones presentes dentro de un *grupo de terapeutas en formación*; se ponen así en evidencia problemáticas interactivas, nivel de maduración y de diferenciación del grupo, entendido como sistema.

CAPITULO 4

LA PRESCRIPCION

LA DIRECTIVIDAD EN TERAPIA FAMILIAR

Impartir directivas parece ser un comportamiento por lo menos tan antiguo como el concepto de curación. Más complejo es reconocer y a veces aceptar que hay que impartirlas en una relación terapéutica: no hay duda de que toda forma de terapia es, en su esencia misma, directiva.

También es directivo prescribir psicofármacos a una persona presa de un estado de ansiedad, mantener silencio hasta que el paciente comienza a asociar libremente, aconsejar la colonia de vacaciones para un niño inhibido, enseñar a una pareja el modo de llegar al orgasmo, prescribir un comportamiento paradójal, y hasta negar una terapia cuando los componentes del problema no son de naturaleza psicológica.

Si es cierto que bajo la influencia del psicoanálisis, de la terapia rogersiana y de la terapia psicodinámica en general se ha llegado a la convicción de que debe ser el paciente quien determine todo lo que ocurre en la sesión, también es cierto que el contexto terapéutico, las reglas implícitas en la relación, la disposición espacial misma, la actitud y las intervenciones del terapeuta, indican una relación en que la directividad y el poder por parte de este último son innegables y oficialmente aceptados por el paciente.

También en la terapia familiar, como en general en toda terapia estratégica, la directividad es igualmente innegable, aunque el modo en que toma forma sea totalmente distinto de la praxis psicodinámica. El terapeuta está empeñado activamente con la familia en determinar el contexto que se desarrolla, en establecer los objetivos a alcanzar, en proyectar las intervenciones, en evaluar las respuestas del grupo a sus directivas modificándolas en caso necesario, en promover la separación de la familia al final del proceso terapéutico,

etcétera. Todo esto lo consideran *manipulatorio* quienes perciben en esta modalidad terapéutica el peligro de que la familia pierda su capacidad de autodeterminación o se vea envuelta en responsabilidades que no le competen. En efecto, si eso ocurriera estaría justificada la crítica de manipulación, y es posible que, en realidad, esto pueda ocurrir si en la terapia relacional (como, por otra parte, en todo otro contexto terapéutico) se aventuraran terapeutas que, más allá de una seria preparación específica, carecieran de un profundo sentido de respeto por la libertad del individuo y de una aguda sensibilidad para comprender las dificultades de la familia dentro del tejido social.

La terapia relacional se propone en realidad hacer que adquiera una mayor capacidad de determinación un grupo familiar que a menudo está varado en una situación de dificultad de la que no parece en condiciones de salir por sí mismo, como no sea mediante la formación y el mantenimiento de chivos emisarios. Es justamente la imposibilidad de cambiar, experimentada en el tiempo por la familia, que sigue los modelos habituales de pensamiento y de comportamiento, lo que lleva al terapeuta a la convicción de que su tarea fundamental consiste en *abrir brechas* en el sistema familiar para permitirle el redescubrimiento de valencias autoterapéuticas en su interior, que liberen al paciente identificado y a la familia de una situación de malestar que se ha perpetuado en el tiempo, y les restituyan la iniciativa de sus propias acciones. Una operación de esta clase requiere necesariamente una posición de *poder* por parte del terapeuta, el cual debe enfrentarse en seguida con las fuerzas más rígidas del sistema. Esto lleva en muchos casos a lo que Whitaker (1973) llama la *lucha por el control*. El terapeuta debe estar desde el comienzo en condiciones de mostrar a la familia que es bastante fuerte como para controlarla con éxito, manteniendo constantemente una posición de *estar arriba*.

En esta lucha por el poder el sistema familiar puede evaluar si el terapeuta es bastante sólido y seguro para sostenerla en un eventual proceso de cambio: si éste no es capaz de conducir, es decir, de dictar con continuidad las reglas de la relación, es inevitable que termine englobado en los modelos transaccionales habituales de la familia, la cual no lo sentirá eficaz como agente de cambio y terminará, con frecuencia, interrumpiendo la terapia.

Si en una terapia familiar se pide al terapeuta que asuma inicialmente una posición de control, en el momento terminal el cuadro relacional habrá cambiado por completo: el terapeuta y la familia estarán entonces en una posición de igual poder, porque ésta habrá readquirido la plena autodeterminación en sus acciones y ya no tendrá necesidad de ayuda desde afuera.

Viene al caso preguntarse ahora de qué manera es directivo un enfoque relacional y qué objetivos se propone alcanzar. La primera expresión de directividad está implícita en el acto mismo de reunir a toda la familia, es decir, en implicar a todo el núcleo familiar en una operación que requiere un enfrentamiento directo y una toma de conciencia común. Igualmente directivo resultará pedir a los miembros del grupo un empeño activo en resolver un problema interno del sistema familiar o externo a él, negando la posibilidad de una solución fundada en la delegación al técnico.

Es bastante fácil intuir, además, cómo un terapeuta que utiliza ampliamente en la sesión el espacio, el movimiento, la prescripción, está comunicando claramente que toma la guía del proceso terapéutico; tanto más directivo resultará su modo de conducir la terapia, en cuanto él mismo podrá consultar al supervisor o ser consultado por él durante las entrevistas.

Analícemos ahora cómo el objetivo del cambio, finalidad común a todo tipo de terapia, se ubica en una óptica sistémica-familiar. Lo que se nos propone es obtener un cambio que vaya más allá de la resolución del síntoma individual y que incida a nivel de todos los miembros del sistema proporcionándoles modelos transaccionales nuevos que ya no tengan necesidad de comportamientos sintomáticos. En este sentido el síntoma es solamente el indicador de una perturbación a nivel comunicativo. Actuar sobre el síntoma quiere decir automáticamente intervenir en las reglas de relación de ese sistema.

Interrogado sobre qué era lo que consideraba fundamental para producir un cambio terapéutico, Milton Erickson dijo que la respuesta es comparable a "cuando se enseña a un niño: no es suficiente explicarle que uno más uno son dos. Hay que darle un trozo de tiza y hacerle escribir 1 y otro 1, dibujar el signo de suma y de igual, y luego hacerle escribir 2. Así, no es suficiente explicar un problema al paciente, ni siquiera cuando el paciente logra explicarlo por sí

mismo; lo importante es hacer que el paciente haga algo" (en Haley, 1976).

Similar es la posición de Papp, Silverstein y Carter cuando se preguntan cómo se traducen en acción las introversiones (*insights*). Estos autores afirman que las introversiones que no han producido un cambio en el comportamiento, o en todo caso en el sistema familiar, carecen de significado. A veces ocurren cambios en las relaciones familiares como resultado de los que se producen en las relaciones emotivas o a raíz de nuevas tomas de conciencia; otras veces no ocurren en absoluto.¹

Un error común a varios tipos de terapia es el supuesto de que si alguien *comprende* algo, actuará necesariamente en consecuencia. En la práctica terapéutica es más frecuente que si alguien *cambia* en algo, eso le permita experimentar y, por lo tanto, aprender alternativas nuevas a nivel cognoscitivo, emotivo y conductal. Wittgenstein (1971) afirma que la reestructuración² no atrae la atención hacia algo, es decir, no produce una introversión, sino que enseña otro juego y hace que el viejo resulte obsoleto. Si es cierto que haciendo actuar en la misma situación modalidades diversas de solución del problema se induce a menudo un cambio, mi impresión es que no debe excluirse que éste está vinculado con una introversión. Por otra parte, no parece fácil decidir si el cambio está determinado por la introversión o si esta última es contemporánea o sucesiva respecto de aquél.

¹ Aunque pueda ocurrir que la familia en terapia no esté en condiciones de emprender un nuevo camino que percibe como demasiado riesgoso o comprometedor, sin embargo el hecho de haber verificado concretamente la existencia de alternativas negadas anteriormente o bien desconocidas, tiene de por sí valor terapéutico.

² Podríamos definir muy sintéticamente este término como la reelaboración de esquemas relacionales diferentes mediante la utilización de elementos ya existentes.

CLASIFICACION DE LAS PRESCRIPCIONES

Una prescripción se puede construir sobre la base del trabajo realizado en la sesión, de los datos relacionales recogidos, y utilizando los contenidos que aportaron los miembros del sistema familiar. Se trata entonces de asignar una tarea que implique directa o indirectamente a toda la familia o a alguno de sus miembros, en la sesión o en el intervalo entre una sesión y la siguiente.

Dar prescripciones en el curso de la terapia es una intervención estratégica realizada por una serie de motivos. En líneas generales, constituye una modalidad técnica dirigida a *promover un cambio*, o sea, a activar modelos relacionales distintos que no tengan necesidad de la formación y del mantenimiento de chivos expiatorios. Más particularmente, es un modo de *establecer un contexto terapéutico*, es decir, un clima colaborativo en el cual se respetan algunas reglas generales, evitando caer en situaciones improductivas en las que el victimismo, la acusación, la opresión, la delegación, o el uso de roles estereotipados puedan desempeñar una función determinante. Utilizando un comportamiento directivo el terapeuta termina adquiriendo importancia a los ojos del grupo familiar, en virtud de su función de garante de la autonomía y de la subjetividad de cada miembro. Esto le permite *entrar en el sistema familiar* y ser aceptado por todos, porque se mantiene ajeno a complicidades o a coaliciones más o menos explícitas con este o aquel personaje de la familia. La prescripción mediante la asignación de "tareas a domicilio" es una modalidad dirigida a *amplificar el proceso terapéutico*, más allá de la hora semanal de la reunión de grupo, promoviendo una "presencia" del terapeuta en la familia aun en el ámbito de las actividades cotidianas. De esta manera la familia puede *experimentar modalidades nuevas de comunicación*; si logra utilizarlas "para la terapia" se sentirá cada vez más capaz de funcionar autónomamente hasta que ya no tenga necesidad de apoyos terapéuticos.

La prescripción permite además la *recolección de informaciones relacionales* en torno a la estructura de la familia y a las reacciones de sus componentes frente a los requerimientos de cambio. En muchos casos no es importante la correcta ejecución de la prescrip-

ción por sí misma, sino más bien el análisis de los comportamientos interactivos de los miembros empeñados en una tarea común.

De esta manera se impide que la familia comience a defenderse aun antes de haber podido experimentar algo "distinto".

Mediante la prescripción, que se debe cumplir pero no interpretar, se lleva al grupo familiar a *vivir una situación relacional operativa*, reduciendo las posibilidades de utilizar la defensa verbal y racional que podría prolongar inútilmente el trabajo terapéutico.

Con esto no queremos decir que al hacer que la acción preceda a la verbalización se eviten las resistencias; por el contrario, de esta manera pueden surgir con mayor rapidez y evidencia.

Más allá del análisis de los diversos usos de la prescripción, es obvio que siempre tiene *valor de comunicación* para los miembros de la familia, que se preguntarán qué tipo de mensaje se oculta tras los requerimientos del terapeuta y formularán hipótesis respecto de sí mismos y de los otros. El terapeuta debe tener debida cuenta de ello al formular la prescripción, y también al realizar sus observaciones luego de la ejecución de la tarea.

En la página siguiente puede verse un cuadro sinóptico de los diversos tipos de prescripción, elaborado sobre la base de mi experiencia directa del trabajo con familias y sistematizado con ayuda de mis colaboradores.³

A) PRESCRIPCIONES REESTRUCTURANTES

Se entiende por *reestructuración* un proceso tendiente a modificar los esquemas relacionales habituales de la familia mediante el uso de elementos y energías ya presentes en el sistema, al menos a nivel potencial.

El edificio asume así nuevas perspectivas, se modifica, pero los ladrillos que lo forman son siempre los mismos.

³ Agradezco en particular a Paolo Menghi, con el cual he discutido y elaborado mucho material relativo a las prescripciones. Del trabajo clínico realizado con mis colaboradores —Menghi, Nicolò, Saccu— han sido tomados muchos de los casos descriptos en este capítulo.

CLASIFICACION DE LAS PRESCRIPCIONES

A) PRESCRIPCIONES REESTRUCTURANTES

- Prescripciones *contrasistémicas* (tendientes a contrastar abiertamente la homeostasis del sistema familiar)
- Prescripciones *de contexto* (tendientes a establecer o mantener un contexto terapéutico)
- Prescripciones *de desplazamiento* (tendientes a desplazar artificialmente el problema del paciente identificado a otro miembro de la familia o a una sintomatología nueva)
- Prescripciones *de reelaboración sistémica* (tendientes a reestructurar directamente los esquemas relacionales presentes, mediante la utilización de elementos ya existentes)
- Prescripciones *de refuerzo* (tendientes a reforzar movimientos ya presentes en el sistema familiar y que se consideran útiles para el cambio)
- Prescripciones *de utilización del síntoma*: prescripciones de *ataque* y prescripciones de *alianza*

B) PRESCRIPCIONES PARADOJALES

- Prescripciones *del síntoma* (tendientes a prescribir el "comportamiento enfermo")
- Prescripciones *de las reglas* (tendientes a implicar directamente a todo el sistema familiar mediante la prescripción de reglas "peculiares" de la familia)

C) PRESCRIPCIONES METAFORICAS

Este concepto, que representa un punto central de nuestro modo de operar en la familia, es de hecho también válido para las prescripciones paradójales. La distinción surge a lo sumo de que en estas últimas el proceso de reestructuración es subsiguiente a las modificaciones determinadas por la paradoja terapéutica, mientras que en las primeras la reestructuración provoca en seguida cambios.

Cabe interrogarse respecto de los parámetros que hay que evaluar para elegir un tipo de prescripción más bien que otro.

Esto podrá tener respuesta luego de haber analizado en detalle aspectos particulares de las prescripciones reestructurantes y de las paradójales.

1. PRESCRIPCIONES CONTRASISTEMICAS

Esta modalidad, más que una eficaz estrategia de intervención, es a menudo paradigmática de la inexperiencia del terapeuta, que demasiado ligado a valoraciones de los *contenidos* más bien que de las *relaciones* subyacentes, tenderá a contrastar abiertamente la homeostasis del sistema familiar. Se encontrará entonces combatiendo con una modalidad escasamente productiva contra una tendencia común a todos los sistemas: la de preservar el *statu quo*.

Entran en este grupo todos los consejos terapéuticos tendientes a ver de una manera simplista la realidad de una situación. Tales consejos apuntan a solicitar cambios en el paciente identificado, al que se le pide que apele a esas mismas energías cuya carencia siente, o a interrumpir un determinado comportamiento en los familiares, considerado improductivo o contraproducente. Esto significa oponerse a las dinámicas sistémicas de ese grupo, o por lo menos ignorarlas.

Resultado último puede ser la creación de un contexto acusatorio o inútilmente competitivo; esto terminará por repercutir negativamente sobre el paciente identificado y sobre los demás miembros de la familia, y en última instancia sobre la credibilidad respecto de la terapia.

2. PRESCRIPCIONES DE CONTEXTO

Son prescripciones de contexto todas las modalidades actuadas en el curso de la sesión, que tienden a *promover la formación y el mantenimiento de un contexto terapéutico*.

Se trata de tareas cuyo objetivo es generalmente introducir una connotación de operatividad concreta en el ámbito de la entrevista: se las utiliza a menudo para obtener el *cambio* de una atmósfera que el terapeuta considera inapropiada en esa fase terapéutica. Las prescripciones de contexto se utilizan, por ejemplo, para modificar una situación acusatoria o hiperprotectora, al comienzo de la terapia; se entiende así velar por el respeto de la autonomía de cada individuo, igualmente responsable y significativo dentro de la familia.

En realidad, no es infrecuente que el paciente identificado, en virtud de las dificultades de las que es portador, termine siendo privado o privándose espontáneamente de su capacidad de autoafirmación y de libertad individual. Si se trata de un niño o de un adolescente, es posible que ni siquiera se le consulte para concurrir a la terapia, para responder a preguntas que le atañen directamente, para expresar lo que querría por sí mismo.

El terapeuta puede prescribir el silencio a quien intenta interrumpir al otro, o comprometer activamente a quien parece ubicarse periféricamente respecto del proceso terapéutico, proporcionándole espacio y garantías suficientes. Puede dividir a la familia en subgrupos si esto conduce a la expresión más libre de alguno, o asignar a una figura intrusiva un rol de observador, ubicándolo detrás del espejo.

También puede solicitar determinadas interacciones, prescribiendo a dos o más personas que discutan o actúen juntas en alguna cosa, en el curso de la sesión. Esta quizás sea una experiencia relativamente nueva para la familia, y favorezca un contexto colaborativo preparando el terreno para las intervenciones sucesivas.

No es infrecuente que en el curso de la terapia, una vez producido un cambio positivo, se determine una retroacción negativa con un intento de recuperar los niveles homeostáticos precedentes. Las prescripciones de contexto pueden promover, en este caso, una estabilización del cambio, incluso en una fase terapéutica avanzada.

3. PRESCRIPCIONES DE DESPLAZAMIENTO

Si se acepta el supuesto de que el rol de chivo emisario es funcional para el sistema en ese momento, se puede conjeturar que la presencia de un segundo paciente o de una nueva sintomatología sea susceptible de crear movimientos significativos. Tales prescripciones de desplazamiento se proponen *desplazar artificialmente el problema del chivo emisario a otro miembro de la familia*. Se basan en la evidencia de que una vez descentralizado el paciente identificado y desensibilizada la zona sintomática, es más fácil desencadenar un proceso de cambio, promoviendo la acción de modalidades relacionales más sanas.

Esto representa, en ciertos aspectos el tránsito de una situación de anormalidad, por la cual la familia requirió la intervención a una situación de anormalidad nueva y artificial, creada temporariamente por el terapeuta para promover un cambio, mediante una descompensación del sistema y por consiguiente un aumento de las variables y de las alternativas posibles. La evaluación de un problema varía si de él surge otro, quizás más agudo y urgente. Este nuevo acontecimiento lleva a un redimensionamiento de las fuerzas actuantes y del significado mismo del problema precedente para quienes están implicados en él. Se requiere automáticamente una redistribución de las funciones familiares, lo que hace más fácil poner en actividad modelos interactivos diferentes. Para producir el desplazamiento el terapeuta puede partir de una leve perturbación referida por un familiar y amplificarla, o bien crear un problema *ex novo*. El nuevo problema, justamente por ser artificial, tiene una misión limitada en el tiempo y puede fácilmente desaparecer una vez desencadenado el cambio. La prescripción se realiza mediante la *alianza* partícipe con el "segundo paciente" preelegido, o sin que éste lo sepa.

Tomemos el caso de Luciano. Luciano tiene 16 años, es hijo único, sufre de fobias desde hace años, tiene un comportamiento tiránico y agresivo en la familia, que corresponde a una tremenda preocupación de enfrentarse con el mundo externo. Siempre durmió en el lecho de los padres; en los últimos años tomó el lugar del padre, que se vio obligado a trasladarse al living, mientras el hijo duerme con la madre, porque tiene miedo de quedar-

se solo. Interrumpió los estudios en segundo año del secundario, nunca tuvo una actividad laboral, aunque a menudo manifieste de palabra que está dispuesto a iniciarla.

Pasaron 5 meses desde el comienzo de la terapia familiar y el problema de la autonomía de Luciano se plantea de un modo particularmente urgente. Después de una sesión centrada sobre el tema del dormir, los terapeutas se dan cuenta de que redefinir los límites generacionales en este ámbito (reconduciendo a Luciano a su rol de hijo y operando contemporáneamente sobre la pareja) es un objetivo prematuro. Luciano verbaliza, por otra parte, todo lo que intuyen los terapeutas, cuando manifiesta: "El problema del dormir será el último paso hacia la curación: primero superaré yo todo el resto; ése será el último escalón".

Es en este punto de la terapia cuando pensamos en enfrentar el problema de la autonomía de Luciano fuera de la familia utilizando una estrategia que desplace momentáneamente las *perturbaciones* haciéndolas pasar de Luciano al padre. Para poner en acto la prescripción utilizamos el único ámbito de actividad del padre exterior a la familia, su trabajo, desplazando el problema del hijo al padre.

Este, empleado desde hace más de 20 años en una gran empresa, no faltó nunca un día a su trabajo. Su actividad laboral representa una zona, quizás la única, de la cual éste obtiene notables satisfacciones y en la cual es apreciado por su competencia por todos, incluidos su mujer y su hijo.

Uno de los dos terapeutas habla por separado con el padre y le propone una colaboración directa, con el fin de estimular a Luciano a asumir alguna responsabilidad fuera de la familia. La prescripción consiste en ausentarse del trabajo durante 15 días, asumiendo en su casa un comportamiento insólitamente deprimido y negligente, y rehusando todo contacto con sus familiares. Al presentarle la prescripción, el terapeuta le preanuncia que no le será difícil deprimirse porque al pasar 15 días enteros en su casa podrá tomar conciencia de aspectos importantes y perturbadores en lo referente a los roles y funciones familiares.

La iniciativa terapéutica, aceptada de pleno por el padre, no puede dejar de provocar una fuerte reacción, en particular en Luciano que, en la sesión siguiente, agrede a los terapeutas, a los que considera responsables de la enfermedad de su padre, comunican-

do al mismo tiempo su decisión de ubicarse como elemento válido alternativo: "Si él está reducido a este estado, ¿me corresponde a mí tomar las riendas de la casa!"

La prescripción ha provocado de hecho un desequilibrio temporario del sistema familiar, que permite poner en marcha procesos nuevos. Luciano, después de una serie de contactos que realiza personalmente, inicia una actividad laboral; no se presenta a las sesiones, aunque envía a los terapeutas, por vía de sus padres, mensajes tranquilizadores a su respecto, y se inserta progresivamente en las actividades recreativas de un grupo. Contemporáneamente la pareja, sin Luciano, comienza a enfrentarse a problemáticas conyugales, adormecidas durante largo tiempo. La prescripción ha promovido en este caso, de un modo indudablemente inhabitual pero eficaz, el comienzo de un proceso de emancipación de Luciano y de confrontación a nivel conyugal.

4. PRESCRIPCIONES DE REELABORACION SISTEMICA

Con este tipo de prescripción se tiende a *reestructurar* los modelos comunicativos usuales de la familia, sustituyéndolos por otros nuevos y más funcionales, mediante la reelaboración de elementos y energías ya presentes en el sistema familiar.

El caso de Sandro, de que hemos hablado a propósito del estadio interactivo de la primera sesión (pág. 58), ofrece varios ejemplos de prescripción de reelaboración sistémica. Prescribir en la sesión una negociación entre padre e hijo para promover la emancipación de este último, representa un modo concreto de reestructurar los modelos de coaliciones y de separaciones existentes dentro del sistema. Un acuerdo dirigido a revalorar la madurez de Sandro debe tener en cuenta no sólo al muchacho, sino también todos los aspectos funcionales desarrollados a partir de su frustrado crecimiento.

La evaluación sesión por sesión de los resultados concretos de este acuerdo es un modo de hacer operativo en casa el proceso de reelaboración iniciado en la entrevista. Padre e hijo deben empeñarse cotidianamente y tener fe en un acuerdo oficial sancionado ante todos; pero también la madre y la tía deben colaborar en

el éxito de un plan que las implica, con mayor razón porque están deseosas de demostrar que su actitud respecto de Sandro es adecuada y en absoluto protectora, como sostiene el padre.

Una vez iniciado un proceso de reelaboración sistémica es más fácil ampliar el campo de acción e incluir en él problemáticas y exigencias cada vez menos vinculadas con el problema individual por el cual se solicitó inicialmente la terapia; ésta termina siendo un momento de notable importancia en el proceso de crecimiento de todo el grupo familiar.

Veamos otro ejemplo, muy simplificado, de *reelaboración sistémica*, que promueve un rápido redimensionamiento del problema que motivó la intervención.

La señora Maggi viene a la terapia con su hija de 5 años, acompañada por la *baby sitter*. Esta última se queda en la sala de espera. La señora está separada desde hace dos años del marido y vive con la niña y la *baby sitter*. El problema surgido se refiere a Silvia, descrita por la madre como incontrolable e inmadura en relación con su edad. En breve tiempo emerge el problema de fondo, relativo a una relación ambivalente de la madre respecto del marido (del cual no ha llegado a separarse emotivamente) y de su situación actual de mujer sola. Al hablar se expresa con teatralidad, superponiendo continuamente los problemas de la hija con su propia problemática existencial. Las zonas de autonomía de la niña sufren la continua invasión de la madre que termina envolviéndola totalmente en sus conflictos. El comportamiento de Silvia es efectivamente despótico e inconstante, pero pese a las jeremiadas de la madre, se nota entre ellas una especie de complicidad. María, la *baby sitter*, que teóricamente debería permitir una mayor autonomía de la madre, aliviándola al menos parcialmente de una serie de cuidados relacionados con la hija, no tiene ningún poder sobre la niña, que incluso se niega a jugar con ella y da así origen a otro problema. Como con la hija, también con la *baby sitter* la madre tiene una relación que oscila entre la camaradería y la intrusividad, con algunas preocupaciones por la "responsabilidad" quizás mal distribuida respecto de la *baby sitter*, que también es una mujer joven.

La primera sesión, que distó de ser significativa en lo referente a los problemas presentados por la madre, lo fue sin embargo para nosotros porque nos permitió aclararlos y enfrentarlos a continuación con mayor eficacia. Se pidió a Silvia y María que prepararan

en el cuarto vecino una pequeña canción y un ballet para representarlo luego ante la madre. Entretanto, el terapeuta habla con esta última de problemas que no tienen que ver con los demás. Después del tiempo convenido, María y Silvia entran en la sala de terapia y presentan su "número", mientras la madre, aparte con el terapeuta, observa interesada y divertida.

En este caso el terapeuta, con una prescripción muy simple, ha trazado límites entre madre e hija, reestructurando los espacios recíprocos en función de necesidades diferenciadas. El síntoma de la niña, por otra parte muy esfumado, fue indirectamente redimensionado mediante una activación divertida de la niña y de la *baby sitter* en un juego creativo; modalidad que podrá ahora repetirse también fuera de la terapia. La problemática de la madre, que hasta ahora había sido desconocida y confundida con el comportamiento de la hija, adquiere una dimensión propia. Se comienza así a desplazar el objetivo de la intervención.

5. PRESCRIPCIONES DE REFUERZO

Con este término nos referimos a todas las prescripciones tendientes a reforzar movimientos ya en acto en el sistema familiar y considerados útiles para el cambio.

Va de suyo que las prescripciones de contexto, de desplazamiento o de reelaboración sistémica pueden tener un efecto de refuerzo en el momento en que potencian un intento de solución ya iniciado dentro del grupo familiar.

En estos casos al terapeuta le basta alentar lo que el sistema ya está realizando, en virtud de las valencias autoterapéuticas que todo núcleo posee en su interior. En un momento en que, por motivos no siempre identificables, la tendencia al cambio está prevaleciendo temporariamente sobre la tendencia homeostática, el terapeuta no debe hacer otra cosa que organizar una prescripción que incluya, de una manera más extensa y articulada, lo que ya está ocurriendo. El hecho de que los miembros de la familia adviertan una conformidad entre sus propios movimientos y las indicaciones terapéuticas no hace sino aumentar el nivel de colaboración y las posibilidades de éxito, además de abreviar notablemente el lapso de la intervención.

6. PRESCRIPCIONES DE UTILIZACION DEL SINTOMA

Una utilización terapéutica del componente sintomático puede realizarse tanto en términos de ataque directo como de alianza. Tratemos de explicarlo mejor:

a) *Prescripciones de ataque al síntoma*

Mónica es una muchacha de 24 años que desde hace 10 meses está diagnosticada como esquizofrénica y a la que una sola internación no ha encaminado aún definitivamente a la carrera manicomial. La muchacha, aunque lo niegue en un plano verbal, muestra un cierto interés en la sesión, pero pretende la centralidad absoluta recurriendo a veces a su "papel" de delirante. De la entrevista, aparte de la paciente identificada, participan el padre, la madre, la hermana mayor y el hermano de 17 años.

Los familiares hablan de la gravedad del comportamiento de Mónica en términos genéricos y parecen pedir una confirmación oficial al terapeuta para una nueva internación,⁴ si bien la situación objetiva no parece particularmente dramática. El terapeuta, ignorando las provocaciones de Mónica (que parece apoyar la tesis de los familiares, acentuando las "rarezas" en la sesión), le comunica analógicamente que si quiere un espacio no lo podrá obtener mediante los canales del comportamiento sintomático; luego dirige un pedido a todos los familiares:

Terapeuta: Querría que cada uno de ustedes me dijera concretamente en qué consiste la gravedad de Mónica.

Madre: La gravedad de Mónica consiste en que, si sigue de este modo, podría volverse loca... furiosa.

⁴ Es frecuente que el trabajador psiquiátrico se vea enfrentado con una delegación de responsabilidades cuando se le ratifica oficialmente una decisión ya delineada por el sistema familiar, necesitado de descargarse del peso de un compromiso vivido como culpabilizante.

Terapeuta: Es un término que no es claro. ¿Seguir de qué modo?

Madre: Llega con los cabellos que da miedo, podría de un momento a otro ir a lo del vecino con los cabellos todos despeinados, como hace ella...

Mónica (de pie, llevándose las manos a la cabeza): Estoy cansada, quiero irme...

Terapeuta: Hoy, Mónica, perdiste una hora de reposo ⁵(sale de la sala y vuelve con una buena cantidad de almohadones), y es justo que descanses... acuéstate...

Mónica: Pero qué dice... Acuéstese Ud....

Terapeuta: A mí me parece importante que descanses... no entiendo realmente... de todos modos, haz como quieras... (*Vuelve a sentarse, y dirigiéndose a la madre*) ¿Ud. conoce bien a su hija?

Madre: Creo que sí, aunque...

Terapeuta: Bueno, quisiera que por un momento Ud. fingiese ser Mónica y me mostrara cómo Mónica se vuelve furiosa.

Madre (con resistencia): Mónica se tira los cabellos...

Terapeuta: Muéstreme cómo hace.

La madre, en este punto, comienza a soltarse los cabellos y a imitar la hipotética situación con el vecino de la casa. El padre mira con aire de suficiencia, mientras los hijos, incluida Mónica, contienen con dificultad la risa.

De este trozo de sesión resulta claro qué se entiende por *ataque o desafío al síntoma*.

El comportamiento sintomático del paciente identificado es en estos casos objeto de agresión o de ridículo en su naturaleza misma, mediante su acentuación o anticipación; mientras en la secuencia referente al cansancio de Mónica el terapeuta enfatiza directamente su "diversidad", en la parte en que la madre se manifiesta preocupada por la locura de la hija, se ataca sobre todo el manejo del síntoma por parte de la familia y, más particularmente, de la madre.

⁵ Ultimamente Mónica pasa algunas horas por día acostada, con grave consternación de sus familiares.

Una regla a la cual siempre nos atenemos es la de que mientras se golpea con decisión la manifestación sintomática y el poder manipulativo vinculado con ésta, se buscan contemporáneamente zonas de autonomía para sostenerlas y potenciarlas. Esto puede ocurrir si el terapeuta, aun ateniéndose al síntoma, está en condiciones de cambiar su significado en términos relacionales.

También en el caso referido, esta doble línea de intervención nos pareció incisiva y bien aceptada por la familia y por el paciente identificado. Ya hacia el final de la sesión descripta, Mónica empezó a manifestar un comportamiento más sintónico y emotivamente participante, transmitiendo analógicamente su confianza respecto del terapeuta.

b) *Prescripciones de alianza sobre el síntoma*

Las prescripciones de alianza sobre el síntoma se revelan particularmente eficaces con jóvenes en la preadolescencia, o bien en situaciones de transformación del sistema familiar en una de las fases más delicadas de su ciclo de desarrollo: la de la *desvinculación del adolescente*.

No es infrecuente que aparezcan síntomas cuya función consiste en mantener al muchacho en casa, en una edad en que normalmente se definen espacios más amplios de autonomía individual y de participación social. Puede ocurrir que el problema que motivó la intervención sea la aparición de fobias o de tics muy visibles o de perturbaciones alimentarias (anorexia u obesidad), si no directamente la reanudación de un comportamiento de tipo enurético o encoprésico. En estos casos es a menudo útil establecer una alianza con el muchacho justamente sobre el *comportamiento perturbado*, con el fin de modificar su significado relacional. El orinarse en la cama, el tic, la anorexia misma se vuelven así parte de un entendimiento con el terapeuta y ya no se los usa para confirmar una relación agresiva, dependiente o protectora respecto de uno de los padres o de un hermano.

El terapeuta puede utilizar modalidades diversas para alcanzar este objetivo. En todos los casos actúa siempre en dos niveles: por una parte, provoca al muchacho sobre el comportamiento sintomático, por otra, lo sostiene en sus potencialidades de adolescente.

Basándose en el interjuego entre estos dos niveles, constantemente correlacionados, el terapeuta puede promover el proceso de cambio.

Tomemos a modo de ejemplo el caso de una chica de 14 años, Carla, que desde hace alrededor de un año ha recommenzado a mojar la cama, provocando preocupación y turbación en los padres. En otros aspectos no presenta problemas, todo lo contrario, los padres se prodigan en elogios por el comportamiento escolar y por la sensatez de Carla, su única hija.

La chica los confirma en todas sus expectativas y si no fuese por este asunto de la enuresis, que limita indudablemente su libertad de acción, "todo iría sobre ruedas".

Después de unas pocas entrevistas se ve claramente que la enuresis constituye el mejor recurso para mantener unidos y al mismo tiempo divididos a los padres, y que la sensatez de Carla consiste justamente en limitar su autonomía, con el fin de protegerlos. La madre logra encubrir todas sus desilusiones prodigándose de todas las maneras posibles para ayudar a la chica a superar el problema. Le ha impuesto el uso de bombachas de goma, un hule bajo la sábana y otros mil recursos ingeniosos. En la práctica gran parte de su tiempo y de sus pensamientos giran en torno del pis de Carla y de cómo encontrarle una solución. El padre, por su parte, desempeña un papel aparentemente neutral, y cuando se ve envuelto en primera persona tiende a minimizar el problema o a criticar discretamente, pero sin reservas, el modelo educativo de su mujer. Carla afirma que no siente tanto desagrado por sí misma (en el fondo puede tener amistades sin revelar este problema de la enuresis), como "por la madre, que sufre tanto por eso, y por el padre, que se pone de mal humor por su culpa".

Nos parece que los tres, a través de la enuresis, han encontrado una modalidad que si bien es disfuncional en lo referente a la energía utilizada, permite el mantenimiento de la homeostasis familiar, es decir, de un equilibrio en el cual las tensiones interpersonales no alcanzan nunca niveles demasiado elevados y los conflictos conyugales encuentran una vía de expresión indirecta a través del problema de Carla. Proteger a la chica representa una modalidad para tenerla dentro del sistema, para evitar una desvinculación aparentemente insoportable o por lo menos penosa, que obligaría a los cónyuges a enfrentarse entre sí y con el ambiente exterior.

Por parte de Carla, proteger a los padres, operación obviamente negada por los tres, pero no por ello menos evidente, es un modo de permanecer dentro del sistema y de evitar la toma de conciencia de los espacios de mayor autonomía y responsabilidad propios de su edad.

Romper el círculo vicioso de la protectividad nos parece el camino para obtener un cambio. En una primera fase, nos proponemos promover la rebelión de Carla, con la expectativa de que la actitud de los padres cambie de protectora a resentida. Con esta finalidad el terapeuta divide a la familia en el curso de las sesiones, reservándose entrevistas individuales con Carla. Le propone que trabajen juntos en el problema de la enuresis, pero a condición de que esto se mantenga como un secreto entre ambos. Carla debe llevar un diario íntimo (y traerlo siempre consigo a la sesión), lejos del alcance de los padres, en el que referirá el ritmo, la cantidad y horario de la enuresis, cantidad y tipo de líquidos ingeridos desde las 17 hs. en adelante. Si alguna noche le ocurriera de no hacerse pis, deberá describir todo lo que ocurrió en el día precedente. El terapeuta justifica el pedido explicándole que sólo con un cuadro exacto de la situación se puede esperar un resultado positivo y que sin su colaboración todo esfuerzo sería inútil.

Esta *prescripción de alianza sobre el síntoma* tiene una serie de objetivos. Ante todo, tiende a crear un lazo intenso entre el terapeuta y la chica, partiendo justamente del síntoma, cuyo significado afectivo ha sido modificado; ya no se realiza para la familia, sino que representa más bien un pretexto para sellar un pacto con un adulto importante, valorizando así las potencialidades adolescentes de Carla, que irán encontrando espacio para contenidos nuevos y más importantes.

Al mismo tiempo, el hecho de acordar mucho espacio al tema de la enuresis, tanto en el coloquio como en la prescripción a domicilio, es una manera de desensibilizar el campo y de promover una rebelión de Carla frente al terapeuta. Cuanto más valorada se sienta en sus capacidades de adolescente, tanto más le pesará hablar de hacerse pis en la cama, en un contexto cambiado. La posibilidad de quitar espacio a este argumento en favor de otros más importantes sólo puede realizarse, sin embargo, si el síntoma pierde realmente significado.

Es ilusorio pensar que se obtendrá una solución definitiva del

problema sin producir contemporáneamente cambios también en el plano parental, donde se sentía particularmente la necesidad de mantener a Carla en un rol de chivo emisario. Una primera fase puede consistir en hacer que los padres se sientan resentidos y no protectores respecto del síntoma de Carla, que, a su vez, estará ahora más dispuesta a rebelarse.

Al prescribir a los padres que ejerzan un mayor control sobre la enuresis, se volverá más difícil la tarea de Carla: esta última deberá empeñarse activamente para excluir a los padres de la dinámica de mojar la cama. A los padres, y en particular la madre, la reserva de la hija les resultará desagradable e imprevista, de modo que la enuresis ya no será moneda de intercambios protectores, sino más bien terreno de enfrentamiento y choque.

Una vez aceptada por todos, incluida Carla, la realidad de su adolescencia, la acción del terapeuta se orientará hacia los reales problemas de la familia, que no tiene un chivo emisario de que servir para enmascararlos.

B) PRESCRIPCIONES PARADOJALES

1. LA PARADOJA TERAPEUTICA

La paradoja en psicoterapia se realiza mediante la prescripción paradójica, que sólo adquiere real eficacia si entra en el más vasto ámbito de un *enfoque paradójico*. Tal enfoque se extiende a toda una modalidad de manejo de determinados procesos terapéuticos, incluida la prescripción paradójica. El terapeuta puede, en verdad, organizar y realizar todas sus intervenciones analógico-verbales, siguiendo una técnica paradójica (que no implica necesariamente una prescripción), que ponga al sistema familiar en una disposición forzosa al cambio. Las modalidades de utilización de un enfoque de este tipo son muchísimas y se hallan estrechamente vinculadas con la creatividad del terapeuta y con los puntos de articulación que ofrezca la familia.

2. PREMISAS

Para comprender el significado de un enfoque paradójico, es oportuno definir qué se entiende por paradoja y los efectos que ésta provoca en la interacción humana.⁶

Se puede definir como "paradoja" una situación en que una afirmación es verdadera si es falsa, y sólo si lo es; esto deriva del hecho de que se emiten contemporáneamente dos mensajes que resultan prácticamente incompatibles entre sí.

El uso de la paradoja en el comportamiento humano es la cosa más difundida, aunque a menudo se lo desconozca. Nuestra vida cotidiana de padres, esposas, maridos, hijos, amigos, empleados, empleadores, está toda penetrada por eslabones de comunicación paradójica que pueden aparecer en las formas más diversas.

Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956) han estudiado los importantes efectos de la paradoja en la interacción humana, a propósito de familias en transacción esquizofrénica. A esos autores se debe la identificación de particulares interacciones a partir de las cuales se derivó y acuñó el término *doble vínculo*,⁷ descrito más tarde por Sluzki y Verón (1971) como *teoría patogénica universal*, no exclusiva ya, por lo tanto de las transacciones esquizofrénicas, sino aplicable en términos más generales.

No hay duda de que al analizar las relaciones entre personas vinculadas por lazos particularmente tenaces, como familias, pequeñas comunidades, grupos de trabajo, grupos políticos o religiosos, instituciones, deberemos llegar a la conclusión de que de una u

⁶ Véase un intento de definición teórica en Watzlawick (1971), cap. 6.

⁷ Los "ingredientes" que forman un doble vínculo pueden sintetizarse así: 1) La presencia de una relación intensa de alto valor de supervivencia física y psicológica entre dos o más personas (vida familiar, dependencia económica, encarcelamiento, fidelidad a una causa o ideología, situación psicoterapéutica, etcétera). 2) La emisión de un mensaje estructurado de modo que: a) afirma algo, b) afirma algo sobre la propia afirmación, c) estas dos afirmaciones se excluyen recíprocamente. Si el mensaje, por ejemplo, es una orden, la orden debe ser desobedecida para ser obedecida; de modo tal que el significado del mensaje resulta inexpresable. 3) La imposibilidad en que está el receptor del mensaje, de salir del esquema establecido por este mensaje y, por lo tanto, de dar una respuesta *adecuada* a un mensaje paradójico.

otra manera cada uno de nosotros se encuentra expuesto a situaciones de doble vínculo. Lo que cambia es el hecho de que muchas de estas experiencias son probablemente aisladas e incompletas, aunque puedan tener a menudo un efecto traumático; véase, por ejemplo, la frecuencia de situaciones de *crisis* que se revelan como una *respuesta a una lógica paradójica*.

Una situación muy distinta es la que se presenta a quien se encuentra expuesto a un doble vínculo durante largo tiempo, y poco a poco termina por adaptarse a él hasta considerarlo como la única modalidad comunicativa disponible, y llega a formar parte activa de él en un *juego sin fin*.⁸ Resulta claro que en este último caso no se trata de un trauma aislado, sino más bien de un modelo de interacción patológica que difícilmente permite alternativas de cambio y que a menudo termina fijando a los participantes en un círculo vicioso que se autoalimenta en el tiempo.

3. SIGNIFICADO DE LA PARADOJA EN LA TERAPIA

La paradoja utilizada en psicoterapia nace de características contextuales distintas; no obliga al paciente a responder según una modalidad patológica, sino que determina, en todo caso, la interrupción de un círculo vicioso.

El uso de la paradoja terapéutica está motivado por el hecho de que existen con frecuencia familias que solicitan ayuda pero que al mismo tiempo parecen rechazar todo ofrecimiento en este sentido; el terapeuta termina por lo tanto envuelto en un *juego* en el cual su intento de ubicarse como agente de cambio es anulado por el grupo familiar. En términos sistémicos, esta actitud aparentemente contradictoria se vincula con el equilibrio dinámico entre dos capacidades opuestas e interactuantes, la tendencia al cambio, presente en el requerimiento mismo de ayuda, y la homeostáti-

⁸ Por juego sin fin se entiende una situación de irreversibilidad en la que a los participantes en el juego les resulta imposible, aunque lo deseen, cambiar las reglas de relación que dieron origen al juego mismo.

ca,⁹ preponderante, que impulsa a la familia a repetir sus secuencias habituales de comportamiento,¹⁰ que a veces terminan envolviendo al terapeuta en la misma lógica: *ayúdame a cambiar, pero sin modificar nada*.

Esta modalidad pone al terapeuta en una especie de doble vínculo: todo intento de su parte tendiente a cambiar algo es boicoteado en algunos niveles, mientras en otros la familia persevera en su requerimiento de ayuda.¹¹

En estos casos el terapeuta, en lugar de continuar con intentos inútiles de cambio, puede *aceptar* (más bien que tolerar) la contradictoriedad¹² frente a la cual lo ponen, estimulando de este modo la tendencia al cambio presente en otros niveles en la familia. Es decir, al aceptar el "doble vínculo", se ubica en la relación de un modo exactamente inverso de aquel en que la familia espera verlo. Su respuesta al requerimiento paradójico de esta última es a su vez una paradoja (una contraparadoja), porque utiliza la contradicción comunicativa propia del doble vínculo.¹³ Esto se puede obtener

⁹ En esta primera parte mantendré rigidamente separados los conceptos de homeostasis y de cambio, a fin de presentar la materia de un modo más comprensible. En realidad, los dos términos no pueden separarse tan simplemente, ni por otra parte pueden tolerar una connotación de tipo moralista, en la que la homeostasis se identifique con las valencias negativas y el cambio con las valencias positivas del sistema. Tal distinción de valor la realiza a menudo arbitrariamente el terapeuta al definir la relación entre el sistema terapéutico y el familiar, y considera "mejor" la tendencia al cambio en forma bastante mecánica, porque la percibe como sintónica con sus propósitos, aunque en sí no sea mejor ni peor que la homeostática.

¹⁰ Debe tenerse presente que éstas tienen valor *comunicativo* entre los diversos miembros del sistema familiar y respecto del terapeuta.

¹¹ La familia replantea en el contexto terapéutico el modelo comunicativo preponderante en sus relaciones más significativas, en el cual cada uno niega o boicotea en un nivel, lo que acepta y da señales de favorecer en otro nivel.

¹² Aceptarla conscientemente significa ubicarse fuera de la implicación improductiva propia de esta situación.

¹³ Para que esto ocurra el terapeuta deberá haber establecido una relación intensa con el paciente y, en los casos en que están presentes, con los miembros de la familia. Además, su *poder* dentro de la terapia deberá ser real y continuo.

mediante la prescripción del *síntoma* para el paciente identificado¹⁴ y de las reglas disfuncionales para el sistema familiar.

4. PRESCRIPCION DEL SINTOMA

Un ejemplo de paradoja es el relativo a la *prescripción del síntoma*. En estos casos la paradoja representa una respuesta terapéutica a la lógica *ayúdame a cambiar, sin cambiar nada*, en la cual el paciente o todo el sistema familiar parece atrapado. Así, si el paciente¹⁵ acude al terapeuta para curarse, éste le aconseja practicar el "comportamiento enfermo" que lo llevó a la consulta.

Es probable que la técnica consistente en prescribir el síntoma haya sido utilizada durante mucho tiempo de un modo casi intuitivo por los psiquiatras. Ya en 1928 Dunlop habla de ella a propósito de la *sugerencia negativa*: su método consiste en provocar al paciente diciéndole que "no puede hacer una determinada cosa para estimularlo a hacer justamente esa cosa".¹⁶ Frankl (1957) ha vuelto a proponer más recientemente una intervención igualmente

¹⁴ Veremos más adelante cómo una *prescripción del síntoma* incide también sobre las reglas familiares y qué importante es evaluarlo.

¹⁵ "Nos urge subrayar en este punto que no se establece un modelo de observación y de intervención relacional mediante la mera convocatoria de toda la familia a la sesión en lugar de tratar sólo al paciente; la presencia de los otros miembros de la familia ofrece únicamente la posibilidad, a quien esté en condiciones de utilizarla en términos relacionales, de activar directamente todos los elementos entre ellos y en el ámbito de los diversos subsistemas, ofreciendo a su evaluación y a la de la familia la verificación inmediata de las múltiples retroalimentaciones evocadas. Por ende, aparte de contribuir considerablemente a la incisividad de la terapia, la presencia del grupo familiar en la sesión no constituye de por sí la garantía de un correcto enfoque relacional; más aun, la inducción a una evaluación lineal puede verse fomentada por el contexto acusatorio mismo, que a menudo se crea si el terapeuta se presenta con las modalidades *aparentemente neutrales* del abordaje médico-psiquiátrico tradicional. Lo mismo puede decirse, inversamente, cuando las entrevistas se organizan en función de dadas terapeuta-paciente; este supuesto no excluye de por sí un discurso relacional, sino que constituye simplemente una limitación a ciertas activaciones y verificaciones inmediatas con las figuras significativas para el paciente, sin impedir, sin embargo, que el trabajo se plantee según una clave sistémica" (Andolfi-Menghi, 1976).

¹⁶ Esta modalidad, simple de proponer aunque sea compleja de controlar en el tiempo, nos ha resultado particularmente útil en nuestra práctica cuando

provocativa definiéndola como *intención paradójica* y experimentándola ampliamente con pacientes fóbicos y obsesivos. Esta se basa en la práctica en la prescripción del síntoma fóbico hasta que el paciente llega a anticiparlo y a exagerar su intensidad. Tal operación termina provocando un cambio en la naturaleza misma del síntoma, que comienza a perder su carga ansiógena, termina a veces por colorearse de ridículo, y lleva en última instancia al paciente a poner distancia entre él mismo y su comportamiento neurótico.

En la psicoterapia de la esquizofrenia Rosen (1953) repropuso algo similar con su *análisis directo*, que imponía al paciente retomar masivamente los síntomas cuando éste estaba al borde de una real recaída. Mediante la prescripción del empeoramiento lograba prevenirlo, bloqueando una nueva ocurrencia de los síntomas. La imposición del terapeuta terminaba entonces llevando al paciente a una mayor conciencia de sus perturbaciones: "Si estaba en condiciones de aumentar voluntariamente sus síntomas, probablemente también podía controlarlos".

Don D. Jackson (1963) describe una técnica similar a propósito de la interacción con pacientes que presentan *rasgos paranoides*, consistente en enseñar al paciente el modo de ser más suspicaz. Haley (1976), partiendo de algunas observaciones de Milton Erickson, ha puesto en evidencia cómo las prescripciones paradójicas desempeñan un papel esencial en hipnoterapia. En esta situación, "el hipnotizador se comunica con el paciente simultáneamente en dos niveles: por un lado le está diciendo: *Haz como yo digo*, y dentro de este contexto también le está diciendo: *No hagas como te digo, compórtate espontáneamente*. El modo en que el paciente se adapta a estas directivas, aparentemente contradictorias, consiste en experimentar un cambio que se define como comportamiento de *trance*".

En nuestro trabajo hemos utilizado la prescripción del síntoma cuando nos pareció que podía constituir un antídoto eficaz para romper redundancias conductuales y entrar así en el mundo relacional del paciente, aun en ausencia de los miembros significativos del sistema familiar.

nos ocupamos de adolescentes, en que el nivel de provocación realizada por el terapeuta fue eficaz para la utilización constructiva de los rasgos oposicionales propios de esta edad.

Prescribir el síntoma a un paciente individual, lejos de ser una intervención que resuelva de por sí un estado de dificultad, representa en nuestra opinión una modalidad táctica tendiente a abrir una brecha en sistemas particularmente rígidos, para promover la liberación de potencialidades inexpressadas. En este sentido, alentar el comportamiento enfermo constituye un modo de renunciar sólo aparentemente al rol de activador del cambio, aceptando por entero la "positividad" del comportamiento perturbado, hasta el punto de prescribirla o de poner el acento sobre los lados positivos ínsitos en el "estar mal".

Entra en el cuadro más amplio de un enfoque paradójal lo que con M. Erickson llamamos *incitación a la recaída*. Cuando parece previsible una recaída en los síntomas, o cuando un mejoramiento da escasas garantías de estabilidad, y también en los casos en que el comportamiento sintomático parece utilizado en términos particularmente manipulativos por el paciente (y por los familiares), el terapeuta puede prever y alentar un agravamiento, justamente con la finalidad de prevenirlo. Esta actitud terapéutica termina paradójalmente estimulando alternativas de conducta en el paciente, precisamente porque niega su posible expresión autónoma: cuanto más la niega el terapeuta, tanto más la buscará el paciente.

Debemos observar, a este propósito, que el *no quiero cambiar* del paciente representa a menudo la no aceptación de que "alguien" pueda cambiar algo. En el caso del terapeuta, por lo tanto, el mensaje podrá significar: *no deseo que "tú" me cambies en algo*. Es decir, se reproduce, también en el contexto terapéutico, esa tensión simétrica exasperada, existente en las relaciones intrafamiliares en que ninguno puede aceptar una redefinición que le concierna, mientras busca a su vez, constantemente, imponer la suya a los demás.

También apoyándose en esta relación simétrica puede el terapeuta esperar que el paciente inicie algún cambio significativo, con el fin de "demostrarle qué equivocada estaba su evaluación".

Aceptar, por ejemplo, la depresión de un paciente, y el comportamiento que de ella deriva, sin tratar de mitigarla o minimizarla, favoreciendo quizás su más libre expresión, produce una serie de efectos. Ante todo, el paciente puede sentirse "comprendido" en su depresión; no debe por lo tanto enfrentar al terapeuta para mostrarle que se equivoca al subvalorar su problema. El intento de con-

solar a una persona desalentada siguiendo la máxima: "Después de todo, no es tan grave como parece, verás que todo se resolverá", constituye en la mayoría de los casos un modo eficaz de acentuar su estado de desaliento, aunque se lo realice con una finalidad totalmente opuesta. En cambio, si el terapeuta va más allá del paciente en la definición del estado depresivo, es decir, si actúa alentando o prescribiendo la tendencia a no cambiar del paciente, este último se verá necesariamente forzado a "corregir" todo lo que el terapeuta ha sostenido "erróneamente", y, en última instancia, a demostrarle que se equivoca al considerarlo demasiado deprimido.

5. PRESCRIPCION DE LAS REGLAS

En terapia familiar se puede utilizar una técnica paradójal prescribiendo a la familia la aplicación exasperada de las reglas de relación individualizadas como disfuncionales, que corresponden al componente más rígido de la homeostasis sistémica. Esta modalidad produce el efecto de hacer posible un proceso de transformación, es decir, de promover la ruptura de las reglas de relación que llevaron al problema y que tienden a mantenerlo.

Para aclarar mejor el significado de la prescripción de las reglas, partiremos de dos hipótesis:

- En el sistema familiar, como en cualquier otro sistema, existe un equilibrio dinámico entre tendencia homeostática (que llamamos H) y tendencia a la transformación (que llamamos T).
- El sistema terapéutico se propone, por definición, promover el cambio¹⁷ en un grupo familiar disfuncional, caracterizado en general por un rígido predominio homeostático.

Si el sistema terapéutico activa a un sistema familiar en el cual la tendencia a la T ya está libre y disponible, es decir, cuando no predomina la tendencia a un endurecimiento homeostático, las dos T se integran fácilmente y se potencian permitiendo una solución del

¹⁷ El cambio fundamental consiste en reestablecer un nuevo equilibrio dinámico entre H y T.

problema en breve tiempo (esto ocurre, por ejemplo, en algunas situaciones de crisis aguda que logran conmover al sistema, confirándole características de inestabilidad).

Si el sistema terapéutico activa, en cambio, con su propia T a un sistema familiar en el cual la tendencia hacia la T está sofocada por una *rígida reglamentación interna*, la T terapéutica se verá como una gran amenaza y terminará encerrada por la homeostasis familiar.¹⁸ El terapeuta se encontrará envuelto en una interrogación paradójica, similar a la que tiene apresados en un doble vínculo a los miembros de la familia entre sí: *querría cambiar pero no puedo; ¿por qué no me ayudas a cambiar, pero sin cambiar nada?*¹⁹

En estos casos en que la T terapéutica resulta amenazadora²⁰ para la familia, el terapeuta puede promover el cambio, es decir, utilizar la propia T camuflándola de H y secundando así la H del sistema familiar hasta el punto de prescribirla y de sugerir su potenciamiento. Este es un modo de responder a la paradoja planteada por la familia: *ayúdame, pero no me ayudes*, con una contraparoja terapéutica: *sí, te ayudo no ayudándote*, es decir, confirmando la rigidez homeostática familiar. La familia, al no poder enfrentar la T del terapeuta, porque éste la ha hecho sintónica con la H familiar, se verá forzada a cambiar, o sea, a liberar la propia T, para demostrar al terapeuta que se equivoca cuando confirma su tendencia a no cambiar.

¹⁸ La homeostasis familiar sólo se considera patológica cuando es demasiado rígida. En verdad, también la tendencia al cambio, si se distinguiera por la incompatibilidad con cualquier recuperación de la homeostasis, entraría en el ámbito de las interacciones disfuncionales.

¹⁹ La frase "Sin cambiar nada" constituye el resultado final de un mensaje complejo: "Para ayudarme a cambiar deberías ser lo que habría debido ser algún otro que en cambio no fue como habría debido ser" (Selvini y col., 1975).

²⁰ "En sistemas de calibración rígida como son las familias que presentan un miembro esquizofrénico, todo cambio se ve como un peligro, una amenaza. Se trata de requerimientos de cambio que llegan al sistema familiar sea de afuera (solicitaciones sociales, políticas, culturales) o de su interior (nacimiento, muerte de un miembro o su alejamiento, crisis de adolescencia de un hijo, etcétera). Ante tales cambios el sistema retroactúa negativamente, con un ulterior endurecimiento" (Selvini y col., 1975).

Se trata, en la práctica, de sustituir el *juego sin fin* (el realizado hasta entonces por la familia) por un *juego nuevo*, en el cual el terapeuta, mediante la negación de alternativas, pone en acto una modalidad provocativa y a la vez liberadora respecto de un grupo familiar que puede ahora responder mediante una contraprovocación "terapéutica" (*te demostraré que te equivocas*). Esta contraprovocación, más allá del significado relacional que contiene, permite a la familia experimentar modalidades de relación y de solución del problema hasta entonces negadas o en todo caso no expresadas.

La intervención terapéutica, justamente porque la familia la vive como un desafío productivo, termina quitándole al sistema familiar el peso de una responsabilidad sentida inicialmente como demasiado gravosa: *cambiar sólo para sí* (y no en función de otro, y en particular de uno cuya misión es estimular el cambio). *Cambiar para el terapeuta* (o sea, para demostrarle que se ha equivocado) se transforma en un nuevo estado de anormalidad, que representa en muchos casos un paso obligado y eficaz para ayudar a los miembros de la familia a liberarse de una realidad agobiante de enfermedad y a reelaborar un esquema de relaciones más aceptable, que ya no necesite de chivos emisarios para mantenerse.

La familia se encuentra así en el trance de tener que elegir entre la ejecución de lo que el terapeuta ha prescrito (pero esto significaría aceptar de un modo completo la posición de poder de este último) o la transgresión de la prescripción, lo que significa un cambio de reglas. Los miembros de la familia, además, sea realizando la prescripción o resistiendo a ella, advierten de un modo más o menos preciso que el *juego* subterráneo del que son actores y prisioneros se está volviendo más explícito, y que esta mayor evidencia quita eficacia y significado a sus habituales esquemas de relación.

Querría presentar un último aspecto que se refiere a la relación que se establece entre el sistema terapéutico y el familiar. En una relación de este tipo el sistema familiar no sólo hace funcionar sus propias valencias homeostáticas más rígidas, sino que a menudo las exhibe ante el terapeuta, al cual ofrece la posibilidad de ponerse a prueba, como si quisiera verificar sobre el terreno las reales capacidades de éste. El sistema familiar, al poner en funcionamiento sus propias tendencias homeostáticas, no sólo indica al terapeuta el

camino a seguir,²¹ sino que evalúa la credibilidad y la seguridad de este último, enfrentándolo rápidamente con la rigidez de sus propias reglas. En nuestra experiencia hemos notado un considerable aumento de confianza y de disponibilidad activa por parte de los miembros de la familia en relación con la pericia demostrada por el terapeuta en el descubrimiento de sus juegos y en su capacidad para no dejarse envolver por ellos.

He aquí algunos ejemplos explicativos de la precedente discusión. El primero se refiere a una pareja que hemos seguido en terapia por cerca de tres meses. El motivo por el cual se requirió la intervención es el "alcoholismo" del marido; así lo define la mujer con mucho énfasis y así parece aceptarlo el marido, que implícitamente le reprocha que ella es la causa principal. Después de algunas entrevistas la dinámica del beber, vista en términos relacionales, aparece de la siguiente manera:

Ninguno de los dos quiere definir la entidad del beber; se entrevé así una especie de complicidad en torno del problema, que parece servir para mantener al sistema en un determinado nivel de equilibrio. El marido no bebe casi nunca en casa, pero a menudo la mujer lo "sorprende" en el bar, mientras se toma uno tras otro algunos vasitos de licor. Este hace todo lo posible para que la mujer se dé cuenta y pueda luego "regañarlo". Por ejemplo, va al bar en compañía de su pequeño hijo, que luego le cuenta a la madre, o habla con los amigos de la mujer, etcétera. (Debe tenerse presente que el padre de ella murió de cirrosis hepática y que el beber representa por ende un aspecto que afecta a la mujer de un modo particular.) La mujer, a su vez, exagera el problema, para ejercer una acción de control sobre el marido, hasta el punto de olerle el aliento cuando vuelve a casa y de rehusarse decididamente a tener relaciones sexuales con un hombre "vicioso". Esta actitud de la mujer excita toda la furia del marido, que sueña con los buenos tiempos prematrimoniales: bebe entonces "para desahogarse", y luego proporciona la pista a la mujer para que lo agarre en falta.

Creemos que utilizar en términos lineales cualquiera de estas in-

²¹ Nótese al respecto cómo el paciente identificado es a menudo el portavoz implícito de algunas contradicciones familiares y puede señalar en la terapia el camino para salir de ellas.

formaciones, no considerando las otras y su relación circular, lleva inevitablemente a una serie de peligros; primero entre todos es el de ser absorbidos por las reglas de un juego sin fin,²² inútil y extenuante; un segundo riesgo es el de tomar posición sobre los contenidos, aportados por uno de los cónyuges, estableciendo rápidamente alianzas desequilibradas y fuertemente culpabilizantes para quien queda excluido.

Estas consideraciones nos convencieron de la utilidad de una intervención paradójica, destinada a provocar lo que la pareja no parecía en condiciones de producir, o sea, el cambio de sus reglas. La paradoja terapéutica debía facilitar el cambio de las reglas interactivas de la pareja, mediante la prescripción de las mismas reglas que habían puesto en movimiento el juego. *Promover el cambio*, por lo tanto, *prescribiendo no cambiar*. Al prescribir el control del que cada uno parecía tener necesidad respecto del otro, se llegaba a impedir justamente el control recíproco, puesto que en la relación terapeuta-pareja sólo el primero tenía la competencia y el poder de controlar toda la secuencia.

La prescripción se confeccionó de la siguiente manera. La mujer debía perfeccionar el control sobre el marido, sin dejar escapar ninguna ocasión de "pescarlo in flagranti". Esto sólo era posible a condición de que ella misma estableciese una cantidad máxima diaria de alcohol (tal que el marido no pudiera realmente superarla) y asumiera la responsabilidad de suministrárselo al marido, acompañándolo incluso en persona al bar. El terapeuta explicó que esto le eliminaría la angustia de pensar en el marido como un "depravado" envuelto en los vapores del alcohol en algún bar de Roma: obtendría así el control absoluto de la situación. Al mismo tiempo, ella debía mantener sólidamente sus "principios morales", absteniéndose de tener relaciones sexuales con el marido cuando su aliento oliera a alcohol.

²² "Cada uno se ve en el acto de responder al otro, pero ninguno de los dos sospecha nunca que también constituye un estímulo para las reacciones del otro. No se dan cuenta de la naturaleza profunda de su juego, de su verdadera circularidad. Estos puntos de vista discrepantes se transforman en el material para una ulterior escalada simétrica... y esto constituye una nueva partida del mismo y viejo juego" (Watzlawick y col., 1967).

El marido, a su vez, debía "controlar" que la mujer, una vez establecida y escrita la dosis cotidiana de alcohol, no lo embrollase aumentando la cantidad o, peor aun, disminuyéndola. Esta eventualidad demostraría la "mala fe" y la escasa voluntad de cooperación de la mujer en la solución del problema. También debía controlar que la mujer no se permitiese de ninguna manera formular requerimientos sexuales cuando el aliento del marido oliera a alcohol.²³

La prescripción, así formulada, se ofreció a los cónyuges, que parecieron interesados en una tarea concreta que los ayudara a salir de una situación de exasperación y constantes reproches. Al ofrecer la prescripción el terapeuta anticipó las dificultades implícitas en la realización exitosa de esta tarea, insistiendo sobre la extremada dificultad que supone obtener un completo y satisfactorio control recíproco.

A la semana siguiente los dos cuentan lo que ocurrió con la prescripción: ella acompañó al marido al bar, pero una cantidad de veces mucho menor que la establecida; ahora que ella lo acompaña, toda su angustia vinculada con el alcohol parece desvanecida como por encanto. El se muestra orgulloso del coraje manifestado por la mujer al acompañarlo (cosa que nunca había ocurrido anteriormente en su vida en común) y lo verbaliza con evidente complacencia de ella. También el "control" del marido sobre la correcta ejecución de la tarea de la mujer parece parcial; surge que en algunas circunstancias él mismo se negó a ir al bar con ella, porque "no sentía ninguna gana de beber". Ella le hizo requerimientos sexua-

²³ Aprovecho este primer ejemplo para subrayar cómo la prescripción paradójica, incluso a causa de la deliberada obsesividad con que se definen los detalles de la ejecución, y de la exasperación de ciertos comportamientos habituales, asume características extravagantes susceptibles de provocar dificultades al terapeuta inexperto. Este puede impartir la prescripción sin la convicción necesaria, si está ansioso de asegurarse credibilidad en la familia e incluso ante sí mismo. Naturalmente esta escasa seguridad es siempre percibida y utilizada por el sistema familiar en detrimento de la incisividad y de las posibilidades de éxito. El terapeuta debe entonces tomar distancia emocional respecto de la situación, para poder manejar una intervención paradójica que derive de una observación imparcial y atenta de lo que se oculta detrás de ciertos mensajes y ciertas relaciones.

les sin tener para nada en cuenta la prescripción, y él habla con gran satisfacción de la carga afectiva de ella, que le resultó muy agradable e inesperada.

La actitud que asumió el terapeuta fue la de alguien que había previsto el fracaso de una tarea indudablemente ardua, pero por cierto no de un modo tan total. Los puso por lo tanto en guardia contra el peligro de que al sabotear de un modo tan visible las prescripciones con comportamientos como los referidos, no quisieran superar sus problemas de pareja. Dicho esto, confirmó decididamente la prescripción de la semana precedente, acentuando algunos puntos y rogando a cada uno que trajera una nota escrita sobre las eventuales "transgresiones" del otro.²⁴

El resultado de esta intervención paradójica es que los dos se sienten unidos en sabotear nuevamente las prescripciones del terapeuta, hasta el extremo de que el alcohol, problema irremediable hasta poco antes, parece haberse desvanecido; los dos cónyuges están en condiciones de recuperar potencialidades positivas de relación, justamente en el momento en que cada uno habría debido ejercer un control despiadado respecto del otro.

En este caso, la paradoja consistente en la *prescripción de las reglas disfuncionales* de la pareja ha producido, por la naturaleza misma de la intervención, un efecto liberador respecto de los dos cónyuges que, una vez salidos de un juego sin fin, pueden descubrir alternativas nuevas o aun inexpresadas de relación.

Referiremos otro ejemplo de prescripción de las reglas que abarca a todo un grupo familiar. Renzo (14 años) evitó la internación en un pabellón neuropsiquiátrico infantil gracias a una terapia familiar²⁵ que sirvió para devolver a la familia la confianza en su capacidad de solucionar el problema, conjurando la cristalización de la "enfermedad" de Renzo en un contexto de internación. La

²⁴ Es útil reforzar la prescripción tan pronto como se tiene noticia del comienzo de un cambio. Al negar prácticamente la realidad de este último, se obliga a la familia a reforzarlo para demostrar una evidencia que en ese punto ya perciben sus miembros.

²⁵ Renzo llegó a la consulta traído por los padres a los que se ha aconsejado una internación "de observación" para el muchacho luego del diagnóstico de neurosis caracterial en un adolescente con rasgos paranoides.

sexta sesión se destinó principalmente a verificar la relación asignada a la pareja en ese sistema familiar. Ya la internación no se siente como una necesidad inevitable y el terapeuta, mediante una serie de activaciones entre subsistemas, se da cuenta de algunas redundancias que parecen sostener parte de las dificultades relacionales de la familia. Tratemos de resumirlas:

- 1) Los padres hablan entre sí casi exclusivamente del chico, y sólo en función de sus problemas.
- 2) Renzo activa metódicamente a los padres para que su preocupación se mantenga viva. Logra estar constantemente entre los dos miembros de la pareja parental.
- 3) Renzo subraya constantemente la responsabilidad de los padres respecto de sus temores de ser un "enfermo mental". Cuenta que buscó en las secciones psicológicas de los periódicos una respuesta a estos temores.
- 4) Si uno de los padres contraría de alguna manera a Renzo, éste se las toma con el hermano menor, golpeándolo.
- 5) Renzo delega a menudo en la madre la tarea de encontrar alguna excusa para evitar a los compañeros que lo buscan. Esto parece perfectamente sintónico con la exigencia de control de la madre.

El terapeuta, poco antes del término de la sesión, entrega una hoja a cada miembro de la familia y dicta la prescripción:

a) La mamá debe recibir todos los llamados telefónicos, evadiendo los destinados a Renzo con una excusa. Esto, para que él no salga "demasiado" de casa. Si Renzo infringe de alguna manera la regla, la madre debe anotarlo en un cuaderno destinado a ese fin. Si es ella la que la infringe, corresponderá a Renzo anotar la transgresión.

b) Todas las veces que Renzo esté enojado con su papá y su mamá, en lugar de tomársela con ellos, deberá "desahogarse" con el hermano menor. Este último debe señalar todas las veces que Renzo transgreda la regla. En este punto Renzo interviene enérgicamente preguntando si no sería mejor que él no se enoje con ningun-

no. El terapeuta bloquea la interrupción sin responder y prosigue:

c) El papá debe ir a la biblioteca con Renzo para documentarse, mediante una prolija investigación, acerca de la neurosis caracterial. Los resultados de su trabajo deberán ser transcritos y traídos a la siguiente sesión.

En este caso, centrado sobre la problemática de la *desvinculación del adolescente* y sobre las dificultades que en algunos grupos familiares se oponen a la realización de un proceso gradual de este tipo, el terapeuta ha "confeccionado" una serie de requerimientos utilizando los contenidos aportados por los familiares mismos; esos requerimientos tienen como denominador común el prescribir el control recíproco, ejercido por cada miembro respecto de los demás, que parece constituir uno de los elementos más limitativos de la autonomía del paciente identificado y de toda la familia. Más particularmente, mediante la primera tarea se acepta y potencia el control recíproco entre madre e hijo, que parece, entre otras cosas, sostener una coalición entre ambos, en detrimento del padre y de una presencia más efectiva de éste con su mujer. La motivación proporcionada por el terapeuta, "para que no salga demasiado de casa", constituye de hecho un estímulo para el chico y un primer intento de *desafío* respecto de su adolescencia inexpressada.

Con el segundo requerimiento el terapeuta hace ridícula y absurda la modalidad extorsiva de Renzo respecto de sus padres. En efecto, él evita un enfrentamiento directo con ellos (lo que es reforzado por la actitud de los padres), y prefiere asumir el rol lamentable de "loco irresponsable", más bien que una actitud más adulta, que le resulta demasiado difícil. La voluntariedad de su comportamiento extravagante queda entonces ridiculizada por la prescripción que, aceptándolo como tal, *descubre* el juego y lo vuelve pueril e insostenible. Como el hermano menor debe controlar la corrección del cumplimiento, una modalidad de acción hasta poco antes justificada por el ineluctable comportamiento del "neurótico caracterial" resultará ahora mucho más injustificable.

La tercera prescripción se diferencia de las precedentes porque si bien tiende a centralizar la enfermedad de Renzo, introduce una variante significativa que permitirá desmitificar el concepto de "neurosis caracterial" (paralizante para toda la familia) haciéndola

objeto de una investigación cultural. Al mismo tiempo, la tarea asignada proporcionará indicaciones útiles para verificar la disponibilidad del sistema respecto de una relación más directa entre Renzo y su padre en un plano concreto. En este sentido se introduce una variante relacional que termina excluyendo temporariamente a la madre de la relación entre el hijo y el otro cónyuge. La exclusión de la madre en esta coyuntura no responde a una regla evidenciada por el terapeuta, sino a un intento de su parte de "probar" el sistema para establecer una posibilidad de redistribución de relaciones y de alianzas. Será justamente la precocidad de tal intervención, en ese momento demasiado "contrasistémica", lo que desencadenará una serie de retroacciones por parte de la familia, extremadamente vivaces pero igualmente útiles para las intervenciones sucesivas.

En lo que respecta a los otros requerimientos, en cambio, ya en la sesión siguiente se percibe que la familia comienza a encontrarse con dificultades para proseguir con sus habituales modelos relacionales y se ve forzada a buscar modalidades alternativas.

El trozo de sesión que presentaremos más abajo se refiere a una familia cuyo paciente identificado de 21 años, Anna, presenta el comportamiento comúnmente definido como esquizofrénico. El "caso" es particularmente difícil por la peculiaridad de las interacciones propias de este tipo de grupo familiar. En la sesión precedente resultó evidente la función protectora ejercida por Anna respecto de toda la familia, y más particularmente respecto de los padres. En esta última, la ausencia de Anna en la sesión parece confirmarlo implícitamente: todos se sienten con derecho a hablar de ella y por ella, fuente de graves preocupaciones para todos.

Terapeuta: Me gustaría que cada uno de Uds. preguntara telefónicamente a Anna si está dispuesta a venir el martes próximo a la sesión.

Padre: Yo soy muy pesimista. *(La madre sacude la cabeza con una triste sonrisa de resignación. Escépticos se muestran también el hermano y la hermana mayor. Traen un teléfono a la sala. Los familiares, por turno, preguntan a Anna, que responde invariablemente que el problema no tiene que ver con ella.)*

Terapeuta (toma el auricular, comienza a hablar con Anna): ...de todos modos, si no quieres venir, no hay motivo para obligarte. Oye, Anna, ahora haré una pregunta a tus familiares; querría que oyeras la respuesta, pero sin intervenir. *(Dirigiéndose a los padres y a los hermanos.)* Cada uno de Uds. debería responderme teniendo en la mano el auricular y hablando por el micrófono. Uds. también tienen una regla: no deben hablar con Anna, sino dirigirse exclusivamente a mí. La pregunta es ésta: ¿cuál es el problema en esta familia? *(Los familiares, por turno, responden a la pregunta hablando junto al micrófono y Anna oye sin intervenir. El primer intento de la madre, de solicitar la opinión de la hija, es "bloqueado" inmediatamente por el terapeuta. No aparecen otras "transgresiones" en este sentido. Por último, el terapeuta plantea la misma pregunta a Anna a través del teléfono).*²⁶

Terapeuta: Dentro de diez minutos, Anna, querría hacerte otra pregunta a ti y a tus familiares, ¿puedes volver a llamarme?

Anna: Sí.

Terapeuta: Bueno, te doy el número... hasta luego.

Queremos subrayar, de paso, cómo el terapeuta está realizando en esta fase movimientos *exploratorios* en función de su propia relación con Anna y de los márgenes de contractualidad que el terapeuta y la paciente identificada se conceden mutuamente. Todo esto en beneficio de una mayor inserción del terapeuta en el sistema familiar. Después de 10 minutos exactos llega la llamada de Ana.

Terapeuta: Hola, Anna. Querría que por ahora te quedaras escuchando, como antes. *(Dirigiéndose a los familiares.)* La pregunta es ésta: ¿qué tiene Anna? *(Extendiendo el auricular.)* ¿Quién quiere comenzar?

Cada uno responde por turno a la pregunta planteada por el terapeuta, mientras Anna oye todo lo que se dice. Por último, el terapeuta formula la misma pregunta a Anna y los familiares participan escuchando.

²⁶ La aplicación de un amplificador al teléfono —con conocimiento de Anna— permite que oigan todos los presentes.

En este caso el terapeuta responde en términos paradójales a una situación extremadamente precaria, o sea, la ausencia del paciente identificado.²⁷ La paradoja consiste en este caso en requerir a la familia que no se comunique con Anna aunque esté comunicándose con ella, y a Anna que no participe en la sesión, aunque esté participando. Es decir, el requerimiento se formula y se niega a la vez, poniendo a los miembros de esta familia en la situación de hacer aquello a lo que se habían prácticamente opuesto, y negando, al mismo tiempo, el hecho de que esto esté ocurriendo. Por último, Anna ha sido paradójicamente alentada a concurrir a la próxima sesión, con una serie de dobles mensajes, juntamente al aceptar y apoyar que no haya asistido a ésta.

Uno de los mecanismos homeostáticos utilizados por la familia ha sido esta vez superado con una técnica paradójal: todos participaron en la sesión mediante una presencia negada y pudieron fluir muchos mensajes a través de la negación del valor comunicativo de los mensajes mismos. La vez siguiente Anna concurrirá a la terapia, participando activamente en el proceso terapéutico en curso.

6. COMO ELEGIR LA PRESCRIPCION

En este punto se plantea un interrogante respecto de los parámetros a evaluar cuando se trata de elegir una prescripción *paradójal* más bien que una *reestructurante*. La respuesta a esta pregunta no es simple, incluso porque depende mucho de la personalidad y del estilo del terapeuta, que podrá sentirse llevado a un tipo de enfoque más bien que a otro. En todo caso, un elemento de elección en favor de la prescripción paradójal está dada por la modalidad paradójal misma con que se presentan algunas familias, con las cuales resulta ya clara de entrada la inutilidad de actuar sobre el plano de la congruencia y de la inteligibilidad directas.

Debemos subrayar a este propósito que como es más fácil aprender a repetir una fórmula que a manejar una situación con conti-

²⁷ No pensamos que la ausencia del paciente identificado o de un miembro de la familia sea por sí misma crucial o paralizante para la prosecución de una terapia relacional; en este caso la ausencia parecía más resultado de un impedimento "protector" utilizado por el sistema familiar, que una libre elección negativa de Anna.

nuidad, puede suceder que una evaluación respecto del sistema familiar se base no sobre las características peculiares de éste, sino más bien sobre la inexperiencia del terapeuta, el cual preferirá confiar en el efecto "mágico" de una prescripción paradójal, más bien que en un análisis más profundizado de las relaciones y en un manejo directo de la sesión. Puede ocurrir, de hecho, que la aparente simplicidad de ciertos ejemplos y de su repetición, impulse a alguien a experimentar fórmulas memorizadas sobre el "pellejo" de los pacientes y de sus familias. Esto puede llevar al deterioro de una metodología de estudio y de intervención que es seria y profunda, y que, en cuanto tal, no puede ser improvisada.

En lo que respecta a los efectos "milagrosos" que se adjudican a menudo a la paradoja terapéutica, no se pueden adoptar posiciones tan optimistas, aunque se le atribuya una importancia fundamental para el tratamiento de las familias más graves, y en particular de las que presentan modalidades transaccionales de tipo esquizofrénico. Resulta evidente que la importancia de la tendencia a la homeostasis de algunos sistemas es directamente proporcional a su gravedad, y es sobre todo una modalidad paradójal lo que puede determinar momentos de ruptura en esquemas rígidos, con la consiguiente creación de un terreno más fértil en el que se puede ubicar el trabajo sucesivo.

Por lo tanto, la contraparadoja terapéutica no constituye una fórmula resolutive general de un estado de malestar individual o familiar, aunque se la considere una intervención muy eficaz, que justamente porque la realiza una persona significativa, exterior al sistema (el terapeuta), puede provocar lo que el sistema mismo no parece estar en condiciones de producir: un cambio de sus propias reglas.

En la literatura, en verdad no muy rica, referente a la paradoja terapéutica, parece darse por descontado que ésta sea y deba ser, por sí misma, inteligible a todo nivel. Sin embargo, esta evaluación no comparece con nuestra experiencia, en la cual vemos en cambio que muy a menudo, a través de la realización de la tarea paradójal o del simple pensar en cómo realizarla, se produce una toma de conciencia más o menos precisa del significado implícito de la prescripción. Esto resulta tanto más evidente en las terapias de adolescentes en fase de desvinculación, que aceptan plenamente el *juego provocativo* inherente a las prescripciones o al enfo-

que paradójal, pero discuten sus detalles con aparente seriedad y gravedad, comunicando a su vez, en otro nivel, cómo esta modalidad es muy eficaz para cambiar "salvando la cara" frente a sí mismos y a sus familiares.

PRESCRIPCIONES METAFORICAS

1. LA METAFORA COMO MODALIDAD COMUNICATIVA

El lenguaje metafórico²⁸ puede constituir un medio para comunicarse con un individuo, una pareja o toda una familia, y también para recibir comunicaciones. Un terapeuta relacional debe habituarse a hablar y a escuchar de un modo metafórico.

Ya he descrito el *significado metafórico del lenguaje no verbal*, a menudo determinante en la comprensión de relaciones, alianzas, distancias emotivas, tendencias al cambio, etcétera. También está claro que el *comportamiento sintomático* en su esencia misma puede tener *significado de comunicación*;²⁹ no es infrecuente, por ejemplo, que una variación en la sintomatología presentada por el paciente identificado indique al terapeuta la línea terapéutica a seguir.

Querría detenerme ahora sobre la importancia de un *enfoque metafórico*, es decir, hacer notar cómo el terapeuta puede comprender o emitir mensajes metafóricos múltiples, por el modo de escuchar y observar el comportamiento de un grupo, y también por su modalidad de establecer la relación. Cuando oye a alguien que habla del problema, tiene presente que éste está refiriendo hechos y opiniones al respecto, pero que al mismo tiempo está comunicando indirectamente algo que no se puede decir de un modo explícito.

Esto resulta particularmente evidente cuando la madre y el pa-

²⁸ El lenguaje metafórico puede definirse como un modo de comunicar respecto de una cosa que se parece a otra distinta.

²⁹ Esto resulta particularmente evidente con pacientes psicóticos, en que la metáfora parece ser un canal de comunicación privilegiado.

dre describen el problema de un hijo. El terapeuta puede oír cómo uno de los padres se refiere al problema del niño en dos niveles: como afirmaciones sobre el hijo, pero también como declaraciones concernientes al otro cónyuge y al matrimonio. Si una madre describe a su hijo como terco y obstinado, es verosímil que esté dando también a entender que el marido es terco y obstinado. Si un padre afirma que el hijo amenaza con escaparse de casa, es probable que la mujer esté amenazando con dejarlo. Si ambos progenitores hablan de los desórdenes alimentarios de una hija adolescente que pasa del rechazo total de la comida a una glotonería desenfrenada, puede ocurrir que, en otro nivel, estén comunicando que en la relación matrimonial no existe ningún orden. También si dos cónyuges subrayan la violencia de un hijo, respecto del cual abrigan temores de carácter delictivo, es verosímil que en un nivel metafórico estén hablando de su propia relación y de la violencia de sus intercambios interpersonales.

El uso activo de la metáfora por parte del terapeuta se efectúa de varias maneras. Puede hablar con metáforas o activar a la familia siguiendo una modalidad metafórica, en particular con el uso de la prescripción.

Hablar con metáforas es una manera eficaz de recoger informaciones, de otro modo difícilmente obtenibles, de un grupo que se muestra particularmente rígido o defendido. En algunos casos comunicar con metáforas promueve un cambio, a través de tomas de conciencia, a veces dramáticas. Se puede hablar con metáforas eligiendo un argumento que se asemeje a la situación-problema, evitando en todo caso hacer explícita la conexión.

En una pareja muy rígida en que existía una problemática sexual y un auténtico tabú que impedía hablar del asunto, la situación sólo comenzó a desbloquearse cuando el terapeuta preguntó al marido (que había mantenido una actitud pasiva en el curso de las sesiones) si sabía cocinar.³⁰ A éste se le iluminó el rostro y comenzó a enumerar su repertorio gastronómico, mientras la mujer se mostraba incrédula y curiosa al mismo tiempo. Luego el tera-

³⁰ Haley refiere diversos ejemplos tomados de la práctica clínica de Milton Erickson, en los que la relación sexual de la pareja se enfrenta en el plano de la metáfora, utilizando un contexto alimentario (Haley, 1976).

peuta preguntó a la mujer qué prefería de lo que cocinaba su marido y la alentó a entrar más detalladamente en el tema, pensando que la cuestión tenía afinidades con su actividad sexual, sin arriesgarse, sin embargo, a ponerlos a la defensiva hablando de ello explícitamente. Así, preguntó a la mujer si le gustaban las entradas antes del plato principal; si él pensaba, conociendo los gustos de la mujer, en preparar algo simple o sofisticado; cómo dispondrían la mesa; si les gustaba una atmósfera íntima, etcétera. Al final los incitó a prepararse una cena especial: alentó al marido a prepararle a la mujer un platillo exquisito, que la dejara sin aliento. Ella debía hacer los honores a la mesa y contar luego si todo había sido de su agrado. La prescripción de la cena funcionó maravillosamente: los dos volvieron satisfechos, porque habían logrado realizar concretamente una cosa agradable para ambos, y comenzaron a hablar cada vez más abiertamente de sus conflictos sexuales, sin ninguna solici-tación por parte del terapeuta.

Otro modo de comunicarse con metáforas consiste en atribuir a algún objeto (una silla, una muñeca, un maletín profesional) connotaciones emotivas propias de un individuo o de varias personas. Así, por ejemplo, una silla que quedó desocupada por ausencia de un miembro de la familia puede personificar al ausente: el terapeuta hablará él mismo o invitará a alguno a "comunicar" sus emociones a la silla del personaje faltante. Así también, a una madre opresiva respecto de un hijo puede ofrecérsele un muñequito para que lo tenga en su regazo e interrogársela sobre su necesidad de tener siempre "a alguien" entre sus brazos, o pedir a los miembros de la familia que hablen con el maletín del padre, más bien que con él, "que no está nunca".

En particular, si dos terapeutas conducen juntos terapias de pareja, pueden activarse en una especie de *juego de roles* y representar, bajo la atenta mirada de la pareja, un conflicto entre ellos (por ejemplo, la recíproca necesidad de protección o de competición simétrica), mediante la utilización de temáticas análogas a las referidas por la pareja en terapia; de esta manera se intenta reproducir emotivamente y verbalizar el mismo sentimiento de incapacidad de cambiar que los dos viven en la relación conyugal. Esta técnica "proyectiva" resultó a menudo un elemento motivante

para la pareja en la búsqueda de alternativas de comportamiento que no los obliguen a un inútil juego de dependencia o de competencia recíproca.

2. LA PRESCRIPCION

Aunque impartir directivas en terapia constituye un modo de promover el cambio, también es cierto que muchas personas se muestran renuentes a seguir prescripciones, incluso cuando se dan cuenta de la utilidad que éstas tienen. A veces están más dispuestas a realizar *tareas* si no perciben conscientemente que lo son³¹ o si éstas no se refieren directamente a la situación problemática.

Dar prescripciones metafóricas es sin duda una manera de promover este resultado. Así, si el terapeuta relacional considera útil que alguien se comporte de un cierto modo y prevé dificultades en esta operación, puede enfrentar el problema metafóricamente: elegir, por ejemplo, algún aspecto análogo y provocar un cambio en él; el resultado será la inducción *espontánea* de un cambio de la situación de dificultad por la que se requirió la intervención. Una tarea metafórica puede asignarse a una persona en forma individual, a una pareja o a toda una familia.

De particular interés es el uso de la metáfora para promover un cambio a nivel de toda la familia. La pareja Righetti ha pedido una intervención por los dos hijos, Giacomo de 4 años y Bibi de 3, a causa de un comportamiento "anormal". Los esposos Righetti, muy jóvenes y aparentemente colaborativos, se declaran impotentes y resignados ante la "furia destructora" de los dos niños, absolutamente incontrolables. Describen la habitación de los niños como un campo de batalla donde sillas, muebles y juegos son destrozados a porfía por Giacomo y Bibi, que no contentos con ello han tomado la costumbre de orinar dentro del guardarro-

³¹ Esto es lo que ocurre, por ejemplo, en la inducción hipnótica, en que un enfoque metafórico es particularmente eficaz con sujetos que oponen resistencia, pues es difícil resistir a una orden que se recibe sin estar consciente de ello. Para una más amplia comprensión del uso de la metáfora en la hipnosis, remitimos al lector a los brillantes estudios de Milton Erickson, referidos en Haley, 1976.

pa. La medida final que adoptaron los padres, en el colmo de la desesperación, fue eliminar casi todos los objetos del cuarto de los niños, que ahora duermen en colchoncitos en el suelo.

Lo que sorprende sobre todo al observador es el contraste entre la destructividad descrita por los padres y el comportamiento sin duda travieso, pero adecuado a la edad, de los niños en la sala de terapia. Estos juegan vivazmente, parecen bien integrados entre sí y dispuestos a aceptar las explicaciones proporcionadas por los padres acerca de algunos objetos de la sala de terapia (micrófono, espejo unidireccional, etcétera), que les atraen particularmente. El terapeuta puede observar, en todo caso, que cualquier alusión, aun indirecta, a lo que sucede en la casa, provoca un sentimiento de depresión y de incomodidad en los padres y desencadena en los dos niños carreras desenfrenadas por la sala de terapia. Decide por lo tanto no enfrentar el problema directamente y comienza a pensar en situaciones análogas, en que sea posible verificar concretamente la competencia de los padres, por una parte, y la aceptación de reglas de comportamiento por parte de los niños, por otra. Prescribe entonces a los padres que adquieran en una juguetería un cuarto de juguete, con dos camitas, dos sillas, un ropero, juegos y, obviamente, dos "niños" que lo habitan. Regalarán el juego a Giacomo y Bibi, que deberán aprender, con ayuda de los padres, cómo atender a dos "niñitos" y cómo hacerles ordenar los objetos en el cuarto de juguete.

Después de una semana de entrenamiento, habrá una prueba general en la sesión: se observará la competencia de los padres para enseñar a los dos niños el modo de utilizar el cuarto de juguete, y a la vez la capacidad de Giacomo y Bibi para asumir la responsabilidad, aunque sea a nivel lúdico. En la sesión siguiente los padres llegan con un gran paquete: Giacomo y Bibi están muy ansiosos por desenvolverlo en seguida y comenzar el juego. Padres e hijos se empeñan en la prueba con entusiasmo y están contentos de mostrar al terapeuta los resultados concretos de un trabajo común.

Este último comunica su complacencia por el resultado final, pero evita traducir la metáfora a la familia,³² porque no le interesa

³² "Las interpretaciones de comunicaciones inconscientes son absurda-

hacerle ver o comprender la conexión. En verdad, al discutir acerca del cuarto de juguete y de las modalidades con que se dan reglas de comportamiento a los dos muñequitos, el terapeuta está hablando implícitamente de cómo educar a Giacomo y Bibi, activando a nivel analógico modalidades nuevas de relación y de competencia entre padres e hijos. Será más fácil pasar de la competencia y de la aceptación de reglas "jugadas" a su efectiva aplicación en la realidad.

Otro ejemplo puede ilustrar el uso de la prescripción metafórica en una terapia de pareja. La intervención fue requerida por una serie de dificultades; en particular, los dos están desilusionados y resentidos por su relación sexual, descrita como fracasada. En realidad, el problema parece ser más general y consistir en una modalidad redundante de relación, en la que *él siempre debe vencer y ella siempre debe dejarlo vencer*. Enfrentar directamente la relación sexual parece una operación escasamente productiva porque los dos, aunque insatisfechos, actúan en perfecta sintonía perpetuando el "juego sin fin". El terapeuta recurre a la metáfora, en un intento de romper el círculo vicioso en que están aprisionados, para promover un cambio, siguiendo una modalidad analógica. Toma un mazo de cartas y los invita a jugar con ellas en el curso de la sesión. Pueden elegir un juego a su gusto, pero ateniéndose a una regla especial: el marido siempre debe resultar vencedor y la mujer siempre perdedora. La pareja acepta la tarea con alguna perplejidad, pero con el correr del tiempo terminan por implicarse fuertemente y se ponen nerviosos por la *rigidez* del juego. Al final de la sesión el terapeuta prescribe a la pareja que jueguen en la cama todas las noches, antes de dormirse, por lo menos durante diez minutos, respetando escrupulosamente la regla. Para concluir, les señala la importancia de esta prueba, preanunciándoles todos los peligros que pueden surgir de una infracción.³³

En la sesión siguiente los dos llegan visiblemente aliviados y refieren que lograron respetar la tarea sólo por tres días, porque al cuarto día venció la mujer, infringiendo la regla. Más sorprendente

mente reductivas —afirma Erickson—, es como resumir una obra de Shakespeare en una sola frase" (Haley, 1976).

³³ Explicar la importancia de la prescripción y preanunciar los peligros de realizarla en forma incorrecta es simplemente un modo de reforzar su efecto práctico, es decir, de promover una *resistencia* de pareja.

es el hecho de que el marido no la *dejó* vencer y al final pareció satisfecho por la inesperada victoria de la mujer (aunque esta victoria representase una "transgresión" respecto de la regla impuesta por el terapeuta). Después del cuarto día los dos se rehusaron a jugar a las cartas a la hora establecida, porque la mujer experimentó, justo a esa hora, un fuerte impulso sexual respecto del marido, hasta el punto de tomar la iniciativa y de tener una relación sexual satisfactoria (iniciativa y resultado que aparecen como un hecho nuevo, si se tienen en cuenta las precedentes descripciones al respecto).

El haber activado un juego metafórico resultó, en este caso, una modalidad eficaz para iniciar un proceso de cambio en las reglas de relación de esta pareja: esto permitirá enfrentar con mayores garantías de éxito su problema sexual³⁴ y, más en general, la dinámica de su relación. Con la prescripción nos habíamos propuesto romper las resistencias de la pareja al cambio, realizando una intervención que justamente al reforzar en un nivel metafórico las reglas disfuncionales de ambos, terminaba promoviendo una *alianza* de la pareja contra el terapeuta. Si al comienzo la pareja se presentaba unida y sintónica para perpetuar un juego sin fin, ahora debe buscar una unión distinta para resistir al terapeuta, que parece oponerse a todo posible cambio. Tal unión debe fundarse sobre la capacidad de practicar alternativas de relación, más bien que perpetuar los modelos actuales, lo que representa un progreso terapéutico, tanto más válido porque se realiza con recursos internos de la pareja.

³⁴ En el breve trozo transcripto he querido poner de relieve el aspecto metafórico de esta prescripción, que por otra parte contiene en sí todas las características de las prescripciones paradójales, porque lo que se prescribe son las reglas disfuncionales mismas del sistema.

LA PARTICIPACION DE LOS NIÑOS EN LA TERAPIA FAMILIAR A TRAVES DEL JUEGO

Ya hemos hablado de la importancia de considerar a la familia como un sistema de relación: por lo tanto, la presencia del grupo familiar en pleno, incluidos los niños, es esencial para comprender, en una dimensión sistémica, el desarrollo histórico de la familia y la situación actual. El niño, que es a menudo el barómetro de los afectos reales de todo el grupo, es capaz de expresar abiertamente emociones o tensiones que los padres están experimentando pero que no llegan a revelar, y con frecuencia está dispuesto a ofrecer sostén a un hermano en dificultades o a indicar al terapeuta el camino que lleva al progreso terapéutico.

La participación de los niños en la terapia plantea, sin embargo, una serie de problemas que distan de ser simples y pueden inducir al terapeuta inexperto a excluirlos precozmente del proceso terapéutico. Ante todo, la presencia de uno o más niños en la entrevista puede provocar fácilmente un estado de desorden o de confusión. Si el terapeuta no logra tolerar que los niños se muevan o hagan ruido (por lo menos dentro de ciertos límites), será fácilmente presa de la ansiedad, al temer que "se esté perdiendo el tiempo sin llegar a nada serio", o incluso que los padres lo estén desaprobando por la misma razón. La experiencia de trabajo con familias numerosas nos ha demostrado que la actividad motriz y la vivacidad de los niños resultan, en la mayoría de los casos, un medio efficacísimo para entrar en el sistema familiar, a condición de que el terapeuta esté en condiciones de utilizar la acción y el movimiento en términos relacionales, promoviendo así la constitución de un terreno de encuentro activo entre los adultos y el clan infantil.

Es sin embargo innegable que interactuar apropiadamente con un grupo familiar resulta particularmente difícil, debido a la disparidad de edades, de intereses de sus componentes, y de las necesidades a las que el terapeuta debe estar en condiciones de proporcionar una respuesta adecuada, adaptándose en cada caso a lengua-

jes, comportamientos y modalidades transaccionales diferentes. Ocurre con frecuencia que la ansiedad de controlar una situación demasiado imprevisible quede encubierta por la justificación racional de que si se resuelve el problema conyugal, desaparecerá luego la función sintomática del niño. Sucede también a veces que el terapeuta se resiste a incluir a los niños en la terapia debido a una actitud protectora, sea respecto de ellos o de los padres mismos. En el primer caso, se verá llevado a excluir precozmente a los niños, siguiendo una tradición terapéutica que prefiere mantenerlos afuera, más bien que exponerlos a situaciones ansiógenas o escabrosas (esto no hace sino reforzar el *mito* de los secretos de la familia); en el segundo, llegará a la misma decisión, por temor a que la espontaneidad de los niños descubra demasiado pronto zonas disfuncionales de relación dentro de la familia y provoque así bruscos contragolpes a nivel conyugal. En ambos casos el terapeuta terminará trabajando en forma unilateral con la pareja, sin considerar al niño como parte necesaria e integrante del problema y de su solución.¹

Un peligro ulterior, una vez incluidos los niños, es el de establecer un contexto netamente adulto en la sesión, donde se requiere al niño que asuma una actitud no natural para su edad; que comprenda conceptos demasiado abstractos o dé respuestas perfectamente lógicas; que esté sentado y quieto durante toda la entrevista. Esto puede suceder si el terapeuta no ha tenido la precaución de promover un contexto en el que le sea posible al niño expresarse con su lenguaje preferencial y a los adultos comunicarse con él, también en ese nivel.

Por una parte, el terapeuta debe ser capaz de promover el enfrentamiento entre los adultos y su colaboración en el proceso terapéutico, y por otra debe considerar al niño como una *persona*, que tiene pleno derecho a manifestar y transmitir pensamientos, sentimientos y opiniones de un modo personal y por cierto no subalterno o cualitativamente inferior a los adultos. La suya será entonces una acción de *traducción* de modalidades distintas de pensamiento: el mundo

¹ "Si el terapeuta familiar renuncia a la contribución del niño, como regulador de la velocidad de la terapia, como moderador del ritmo del cambio—mediante el 'cuándo y el cómo' de la intensificación o de la disminución de los síntomas—, el niño no logrará cambiar" (Montalvo-Haley, 1973).

de los adultos, rico en conceptos abstractos y en comunicaciones verbales, y el mundo de los niños, vibrante de expresiones no verbales y de imágenes concretas.

De hecho el interés científico por el juego infantil nació en el momento en que se reconoció en el niño una individualidad propia y ya no se lo consideró como un adulto en miniatura, a la espera de asumir un rol social. Si bien es cierto que en los últimos cincuenta años se ha manifestado un creciente interés respecto de la psicología infantil y muchas escuelas psicoanalíticas y psicoterapéuticas han formulado teorías y realizado estudios sobre la actividad lúdica del niño en una dimensión psicodinámica, fue muy poco lo que se experimentó o escribió sobre el juego como modalidad comunicacional según una óptima sistémica. El juego ha sido considerado principalmente como una modalidad expresiva del niño, de sus emociones y de sus conflictos intrapsíquicos; se dedicó poca atención al juego como lenguaje relacional propio de la edad evolutiva y a la relación lúdica entre niño y adulto, entendida no tanto en términos pedagógicos (como medio con que el adulto transmite sus propias expectativas al niño), sino como capacidad de adaptación y de intercambio entre los adultos y el clan infantil; en este sentido, tiene gran importancia el rol que el adulto asume en el contexto de juego y las oportunidades lúdicas que ofrece al niño.

EL JUEGO COMO MEDIO PARA FACILITAR LA PARTICIPACION DE LOS NIÑOS EN LA TERAPIA FAMILIAR

El juego es el elemento fundamental que hace posible incluir a los niños en la terapia de la familia sin tratarlos como adultos en miniatura. Las palabras son sólo uno de los modos en que se comunica el sistema familiar. Los niños, aunque posean un vocabulario muy rico, se expresan mucho más que los adultos según una modalidad analógica.² El juego representa entonces un canal comunica-

² Ya he descrito en el capítulo relativo a la comunicación no verbal qué importante es el lenguaje no verbal y la variedad de formas que éste puede asumir en la interacción humana.

cional de primordial importancia en los niños, aunque no pueda decirse que sea exclusivo de esta edad.³

Mediante el juego el niño puede encontrarse cómodo; percibir como familiar el contexto terapéutico; expresarse a sí mismo y comunicar necesidades y estados de ánimo a los otros; también puede utilizar el juego para aislarse, si la situación se vuelve demasiado ansiógena. Sobre todo al comienzo del tratamiento es fundamental entrar en contacto con el niño mediante el juego; esto le permitirá sentir que hay espacio para él, y así estará dispuesto a colaborar en el curso de la terapia. El ambiente físico mismo debe favorecer la participación infantil. Una habitación sin juegos, sin un pizarrón o sin hojas de dibujo o, en todo caso, objetos familiares al niño, es un poco como una casa sin muebles: resultará fría y lo hará sentir extraño a lo que está sucediendo. Obviamente, más allá de los objetos, es importante que el terapeuta sepa jugar, es decir, que esté en condiciones de establecer una relación por medio del juego. Todo esto puede parecer algo que se da por descontado, pero lo es mucho menos de lo que parece. Es muy distinto, en realidad, jugar en una relación diádica, exclusiva entre el niño y el terapeuta, que realizar una actividad de juego con el niño frente a toda la familia o, más a menudo, estimular a adultos y niños a jugar en común.

Por otra parte, promover la participación activa de los niños en el juego es un modo indirecto, pero muy eficaz, de favorecer la participación activa de los adultos en el logro del objetivo terapéutico. Así, si un padre logra quitarse el saco en la sesión y ponerse a jugar en el suelo con los niños, si una madre siempre lista para lamentar sus penas logra divertirse con los hijos en un juego de movimiento, es probable que esos mismos padres sean luego más optimistas y estén motivados para un compromiso terapéutico, e incluso que los niños se hallen más dispuestos a colaborar.

³ En terapia de pareja hemos utilizado a menudo el juego como modalidad comunicacional alternativa, en particular en situaciones en las que la expresión verbal llevaba constantemente a intelectualizaciones y racionalizaciones y, en última instancia, terminaba constituyendo un elemento de notable manipulación por parte de la pareja respecto del contexto terapéutico.

EL JUEGO COMO MEDIO PARA ENTRAR EN EL SISTEMA FAMILIAR

Ya he dicho, a propósito de la fase social de la primera sesión, qué importante es entrar en contacto con todos los miembros de la familia, haciendo en lo posible que todos se sientan cómodos. Esto no siempre es fácil, porque la familia puede presentarse en una actitud muy rígida o preocupada por perturbaciones graves de un hijo, o, a veces, de uno de los padres: también en estos casos, el juego puede ser un instrumento muy eficaz que permitirá al terapeuta ser aceptado dentro del grupo familiar. El juego servirá en estos casos para redefinir el contexto terapéutico y para cambiar el tono afectivo de la familia o de alguno de sus miembros.

Recuerdo una visita a domicilio que hice a una familia italo-americana que vivía en Nueva Jersey. Se había invitado también a la entrevista a la abuela paterna, descripta por los cónyuges en entrevistas precedentes como un personaje tiránico, que interfería fuertemente en las problemáticas de la pareja y en la educación de los hijos. El problema que había motivado la terapia era el comportamiento rebelde y casi delictivo del hijo de 14 años, que se había convertido obviamente en el catalizador de todas las tensiones familiares; en particular, era objeto de las iras de la abuela, que no podía explicarse cómo ocurrían cosas semejantes en su familia. En el curso de la visita, mi modo de entrar en el sistema familiar y sobre todo de congraciarme con la abuela, fue jugar largamente con la pequeña Stefania, de 3 años; la niña era el tesoro de la casa, y respecto de ella todos experimentaban un sentimiento de orgullo y un afecto incondicionado. La senté sobre mis rodillas y comencé a comer un helado con ella, jugando a "una cucharita para ti, una para mí", hasta incluir también a la abuela, divertidísima, en el jueguito del helado, mientras los otros observaban la cosa con interés. Terminado el helado, la actitud de la abuela, al comienzo áspera y suspicaz, había cambiado visiblemente; dijo que estaba dispuesta a colaborar por el bien de la familia y comenzó a proporcionar informaciones útiles respecto de la historia familiar y de sus preocupaciones ante el problema. Esto no quería decir que la abuela ya no interferiría en los asuntos conyugales o en la educación de los nietos, ni que fuera fácil restablecer un equilibrio generacional

dentro de la familia. Sin embargo, se había establecido una aceptación implícita del terapeuta en el sistema familiar, incluso por parte de la persona más autorizada del grupo, con la consiguiente formación de un clima emotivo positivo para iniciar un proceso terapéutico con mayores garantías de éxito.

Otro ejemplo para ilustrar la utilidad del juego en una dimensión relacional es el de una familia que había requerido la intervención a causa de los temores del hijo de 13 años. Desde las primeras frases aparece claro el resentimiento del padre, un mecánico de la Fiat, hacia el chico definido como un verdadero "desastre", porque es inseguro y está lleno de complejos. En ese contexto, interrogar al chico sobre los temores referidos por el padre habría aumentado decididamente su sentimiento de inadecuación y endurecido aun más la situación. Redefinir el contexto de la sesión parecía ser una exigencia prioritaria. El terapeuta se propuso llegar a este objetivo utilizando las energías del padre (empleadas hasta entonces en una acción improductiva de mera preocupación verbal) y las del chico (que actuaban sobre todo en forma de resistencia pasiva) de una manera constructiva mediante un juego, que promoviera un enfrentamiento abierto y leal entre ambos, eliminando así de la situación toda connotación acusatoria o victimizadora. Decidió por ello activar mediante el juego de la pulseada un enfrentamiento físico basado sobre el desafío entre padre e hijo, que permitiese a la vez una expresión activa, aunque mediada por el juego mismo, de las agresividades recíprocas, y un contacto físico que posibilitara un análogo contacto afectivo. El padre podía comunicar su "competencia" al hijo por medio de una acción a la cual el chico respondía de un modo activo, aceptando el desafío y dando pruebas de mayor seguridad de sí mismo. El terapeuta en su función de árbitro del juego entraba más directamente en el sistema familiar en un rol de mediación, aceptado sin resistencia por el padre y el hijo.

EL JUEGO COMO MEDIO PARA RECOGER INFORMACIONES SOBRE EL SISTEMA FAMILIAR

Si se acepta considerar a la familia como un sistema de relación, resulta evidente que recoger informaciones es una operación indis-

pensable para conocer las reglas de funcionamiento real del sistema. Reconstruir la historia de un grupo familiar y analizar sus particulares elementos en términos sistémicos es muy distinto de recoger datos anamnésicos de un modo frío e impersonal. Además, no siempre el canal verbal es la fuente más rica de noticias e informaciones significativas, así como es emotivamente muy distinto para cualquiera describir eventos y situaciones delicadas a una persona percibida como extraña más bien que a un amigo.

El terapeuta se presentará bajo un ropaje amistoso y tenderá a privilegiar canales comunicativos no verbales, sobre todo cuando hablar sirve más para esconder que para revelar hechos y opiniones importantes. En este sentido, el juego, como la metáfora, el uso del espacio, la dramatización, la escultura de las relaciones, puede fomentar la observación de transacciones familiares particularmente significativas, en un contexto, como es el lúdico, que en general es bien aceptado por los niños y no expone a los padres al peligro de sentirse juzgados.

Hacer jugar junta a la familia o promover determinadas relaciones por el medio lúdico es un modo de recibir una serie de informaciones. Sobre todo, el empeño de los participantes en la tarea asignada da la medida de la credibilidad adquirida por el terapeuta respecto de la familia, que puede intuir la relación existente entre el juego y el requerimiento de colaboración activa en el proceso terapéutico, o que, en cambio, puede sentir como ridícula y fuera de lugar una invitación al juego en una situación de malestar, como lo es aquella por la cual se solicitó la intervención. Es obvio que el juego, activado en la sesión, nunca es un fin en sí mismo y encierra en sí los gérmenes de una estrategia terapéutica de más amplio alcance, tendiente a perseguir el objetivo del cambio.

El juego permite también observar la rigidez de la identificación de enfermedad y las relaciones a nivel subsistémico y transgeneracional. Si una familia se organiza en un juego de movimiento en el que participan todos, excepto el chico portador de las perturbaciones, que se mantiene aparte mudo y aburrido, es probable que la identificación sea particularmente inflexible y que la familia como sistema (incluido el paciente identificado) tema que un cambio, aun temporario, en su modalidad de definirse, resulte amenazador. Una división rígida de los hijos (necesaria para evitar enfrentamientos directos a nivel conyugal) con las consiguientes alianzas trans-

generacionales, puede reflejarse en la sesión en una actividad lúdica caracterizada por la exclusión recurrente de alguno al que no se incluye en el juego, o más a menudo por una neta separación del clan infantil. En estos casos el niño termina eligiendo constantemente al adulto, en lugar de un hermanito, como compañero de juego. Mediante una simple actividad lúdica el terapeuta puede recibir informaciones sobre la permeabilidad del sistema, sobre la presencia de lazos diádicos progenitor-hijo y sobre la mayor o menor rigidez a nivel subsistémico.

EL JUEGO COMO MODALIDAD REESTRUCTURANTE

Hemos descripto en varias ocasiones, en el curso de este libro, la función terapéutica del juego, sea por el significado metafórico implícito en la actividad lúdica, o porque es parte integrante de una prescripción o de una estrategia más amplia y articulada, destinada a provocar un cambio de reglas dentro del sistema familiar.

En este punto querría detenerme sobre la eficacia reestructurante del juego, partiendo de la consideración de que éste tiene el poder de la *simplicidad* y de la *inmediatez*. Si se transmuta en un juego la conflictualidad de una pareja, la ambivalencia o la rigidez de una relación, se asiste a menudo, a través de la visualización espacial del juego, a una dramática toma de conciencia de estados de ánimo y comportamientos reiteradamente negados en el plano verbal, o por lo menos ignorados. Además, el juego requiere, por definición, respetar algunas reglas fundamentales a las que ninguno puede oponerse si quiere participar en él.

Si el terapeuta logra evidenciar algunas de las reglas disfuncionales del sistema y está en condiciones de convertirlas en reglas del juego, éste ya no será una simple actividad lúdica, sino que pondrá al desnudo con extrema claridad los límites y la inutilidad de ciertos comportamientos relacionales, impulsando, en fin, a los participantes a redescubrir modalidades transaccionales nuevas o, en todo caso, una mejor distribución de roles y funciones familiares. El lector recordará a este propósito el ejemplo del juego de naipes (véase el capítulo sobre las prescripciones) en que el marido debía

siempre vencer y la mujer debía dejarlo vencer siempre, repitiendo así de un modo exasperante la modalidad interactiva habitual de la pareja.

El juego constituye también un medio efficacísimo para evidenciar el carácter contradictorio de ciertos mensajes, en los cuales el nivel *literal* está decididamente en contraste con el *analógico*. El terapeuta puede en estos casos utilizar en el juego el único mensaje verbal explicitado, fingiendo ignorar el implícito, que tiene casi siempre el poder de descalificar al primero. Durante el juego la ambigüedad del mensaje entrará en crisis y quedará ridiculizada, la mistificación pasará de un nivel subterráneo a uno más claro, evidente para todos: se requerirá así un enfoque distinto, más productivo y menos falso, que lleve a modalidades de relación más sanas y auténticas. Al mismo tiempo el juego, igual que el humorismo, evidenciará con extrema eficacia la matriz del malestar, sin llevar sin embargo a los participantes a escaladas simétricas inútiles y exasperantes, porque como se trata de un juego, *no hay por qué tomárselo demasiado en serio*.

Trataré de aclarar este último concepto con un ejemplo. La familia Lucarelli ha solicitado un tratamiento porque la hija Daniela, de 10 años, fue sorprendida varias veces en los últimos meses haciendo pequeños hurtos en su casa y en una gran tienda. Sobre la definición del problema los padres muestran estados de ánimo y pareceres diversos. Mientras el padre habla del asunto como de algo bastante grave y difícilmente curable, la madre tiende a minimizarlo todo y a defender abiertamente a la hija. El marido parece ser la figura central y autoritaria: si por un lado teje amplios elogios de su mujer, describiéndola como la encarnación de la mujer ideal y la madre competente, por otro la boicotea sin reservas a nivel analógico. La definición desproporcionada misma de la gravedad del problema de Daniela parece ser un pretexto para acusar implícitamente a la mujer de incompetencia educativa con los hijos y, por lo tanto, para proponerse como exclusiva e incontestable autoridad de la familia. La mujer parece insegura en sus funciones maternas (hablará ampliamente de ello en una entrevista en que el marido estuvo ausente) e incapaz de enfrentarse abiertamente con el cónyuge para obtener un espacio propio de autonomía. Más aun, termina por secundarlo aceptando por buenas, al menos en el plano formal, las adulaciones de éste.

Daniela y su hermano mayor, de 11 años, son dos niños vivaces y extravertidos, que toman a menudo la iniciativa de jugar juntos en el curso de las entrevistas. El terapeuta piensa entonces en adoptar una técnica que sirviéndose del juego tienda a confirmar el nivel literal del mensaje paterno (la competencia de la mujer), fomentando empero la expresión autónoma de esta última (lo que debería contrastar con el aspecto analógico de ese mismo mensaje —la negación de la competencia—). Sugiere así un juego en que puedan evaluarse concretamente las dotes de la mujer tan pregonadas por el marido. Pide a este último, como una colaboración especial, que observe desde atrás del espejo el modo de poder referir detalladamente todas las cualidades positivas mostradas por la mujer en el juego con los hijos. El marido no puede por cierto negarse a esta tarea de observador privilegiado.⁴

Los niños están muy excitados ante la perspectiva de organizar un juego junto con la madre. Esta, alentada por el terapeuta, termina por tranquilizarse y divertirse en un juego creativo, inventado por los niños. La mamá y el terapeuta son dos parroquianos que almuerzan juntos en un restaurante, mientras los niños actúan primero como mozos, y organizan luego un espectáculo de danzas y cantos para los clientes. El padre, detrás del espejo, está nervioso y para nada satisfecho de lo que ocurre; los niños se divierten muchísimo con la mamá, la cual se muestra desenvuelta, divertida y despreocupada de los juicios de su marido. Al final del juego, cuando se le pida su parecer sobre las dotes mostradas por su mujer, el marido permanecerá en silencio, como paralizado.

Al tomar por bueno y valorizar el nivel literal del mensaje del marido (mi mujer es competente), se ridiculizó e hizo insostenible el analógico (que niega la competencia de la mujer) por medio de una actividad que de hecho confirmaba el primer mensaje y que no podía ser refutada, porque el segundo mensaje, para existir, debía

⁴ En nuestra práctica utilizamos con frecuencia la división de la familia en la sesión con fines tácticos. El espejo unidireccional resultó en verdad un diafragma permeable, ideal para favorecer determinadas interacciones, sin el riesgo de interacciones o intervenciones indeseables. Además de permitir la exploración de determinadas secuencias a nivel subsistémico, y de bloquear intrusiones inoportunas por parte de algún miembro de la familia, ofrece a estos últimos la posibilidad de *escuchar* las exigencias de los otros y de buscar implícitamente una modalidad de relación más correcta.

ser negado a nivel explícito. Se asistía así a una primera entrada en crisis de un nivel de contradictoriedad que impedía toda posibilidad de cambio y requería un chivo emisario para mantener una falsa armonía a nivel conyugal. Por otra parte, el juego había permitido a la mujer experimentar en concreto la posibilidad de una relación competente y bien recibida por los niños, lo que le proporcionaba energías nuevas para rechazar un rol sometido y complaciente, que hasta entonces había producido el efecto práctico de reforzar la necesidad de control del marido y de perpetuar un auténtico círculo vicioso.

¿RESOLUCION DEL SINTOMA O CAMBIO DEL SISTEMA?

EL PROBLEMA DE LA DESVINCULACION: EL CASO LUCIANO

COMPOSICION DEL NUCLEO FAMILIAR

La familia Rocci está constituida por: el padre, Attilio, de 43 años, empleado desde hace casi 20 años en un gran establecimiento comercial de Roma; la madre, Laura, de 42, ocupada sobre todo en su casa, y Luciano, único hijo, de 16 años, que interrumpió los estudios en segundo año del colegio secundario y en ese momento no desarrolla ninguna actividad específica. Luciano es el paciente identificado y tiene sobre sus hombros una historia de tratamientos psicoterapéuticos individuales¹ que se prolongan, si bien de un modo discontinuo, desde que el chico tenía trece años.

ENVIO Y MOTIVACIONES PARA UNA TERAPIA RELACIONAL

Luciano llega a nosotros en una fase de paso de un terapeuta individual a otro; este último, sin embargo, interesado en profundi-

¹ A este propósito, querría notar que el caso de Luciano es similar al de muchos adolescentes, seguidos en psicoterapia de un modo discontinuo y luego "pasados" a otros terapeutas. Esta "carrera psicoterapéutica" debe vincularse con una praxis institucional en que la continuidad de una relación terapéutica entra en crisis a raíz de una política de servicio, regida por reglas y jerarquías rígidas, que se agota a menudo en una rutina más bien que llegar a una curación con la consiguiente formación de vínculos terapéuticos poco vitales, cuando no directamente dañinos.

zar un discurso relacional, me propone seguir a Luciano y a su familia en coterapia.²

Antes de encuadrar la situación en términos relacionales, querría referir someramente algunos datos relativos a la evaluación diagnóstica de Luciano, tal como nos han llegado: "El cuadro sintomático se caracteriza por la presencia de una ansiedad acentuada, que tiende a descargarse a través de una notable inestabilidad psicomotriz, hasta llegar a verdaderas crisis de destrucción generalizada, con agresividad dirigida sobre todo a objetos, rasgos hipochondríacos y fóbicos (no subir al autobús, no salir solo, etcétera) e ideas de referencia respecto de compañeros y familiares. En el plano expresivo Luciano presenta conductas exhibicionistas, agresividad verbal, lenguaje obsceno que alterna con actitudes cautivadoras y seductoras. Se ubica él mismo en el centro de todo acontecimiento, a menudo con compensaciones mitomaniacas. Tiende a sustraerse de situaciones ansiógenas mediante la risa, el mutismo o la agresividad verbal. A la incapacidad de moverse con conductas activas en el exterior, se contraponen una actitud dominante en el seno de la familia, que paraliza toda posibilidad de intervención de los padres, aunque pida continuamente su ayuda. El elemento fundamental del condicionamiento familiar es su temor de estar solo,

² He elegido referir la terapia de esta familia por una serie de razones:

a) Porque desde un punto de vista histórico (la intervención remonta a 1971), ésta fue una de las primeras terapias familiares que dirigí y la primera para el coterapeuta, Carmine Saccu, que es hoy mi más valioso colaborador. En el curso de ese tratamiento nos enfrentamos, aparte de nuestra escasa experiencia, con una serie de conflictos y contradicciones entre un modelo tradicional de intervención psiquiátrica (el que nos habían enseñado durante varios años en la Universidad) y un modelo relacional de enfoque del problema, en aquella época desconocido o a lo sumo considerado con extremo escepticismo en los ambientes académicos.

b) Porque me parece una situación paradigmática para sostener la validez de un enfoque familiar del problema: la desvinculación de Luciano sólo parece realizable, en efecto, a condición de que los padres puedan "separarse" de él y establecer un límite conyugal más neto, que impida a Luciano ser absorbido por el subsistema parental.

c) Porque hemos reelaborado y sistematizado recientemente el material relativo a esta terapia, pero sobre todo porque disponemos de un seguimiento a 4 años de distancia de terminado el tratamiento. Esto parece fundamental para evaluar la estabilidad de ciertos cambios terapéuticos, o la falta de ella.

lo que lo obliga a dormir con la madre, mientras el padre duerme en el living. Es evidente la desarmonía entre requerimientos de autonomía y extrema necesidad de dependencia...”.

Cuando Saccu citó por primera vez a Luciano junto con sus padres, le llamó la atención el comportamiento del muchacho, arrogante y por momentos casi furioso sin ningún motivo aparente; sin embargo, tal comportamiento resultaba cada vez más comprensible, a medida que el terapeuta lograba verlo en relación con el de los padres y con el contexto en que éste adquiría forma. Revelador para iniciar la observación en términos sistémicos fue el ejemplo de la sopa, que los padres refirieron para mostrarnos la irracionalidad del muchacho “también en nimiedades”, y terminó por hacer comprensible su comportamiento. He aquí los pasajes esenciales:

- Luciano se enoja con la madre porque la sopa está muy salada.
- La madre descalifica el juicio de Luciano porque lo considera sólo expresión de un “síntoma” (“A él nada le va nunca bien”).
- El padre, emotivamente de acuerdo con su hijo (da de hecho señales visibles de que no le gusta la sopa), defiende a la madre y afirma que la sopa está exquisita.
- Luciano, en un acceso de rabia, vuelca la sopa sobre la mesa, apostrofando a sus padres.

Es obvia la banalidad del ejemplo, y también es obvio que la cosa puede ocurrir en la casa de cualquiera, sin que tenga por ello implicaciones psiquiátricas. Es menos obvio pensar que Luciano *sirve* para evitar que los dos cónyuges se enfrenten directamente con respecto al problema del exceso de sal en la sopa. Si bien evitar enfrentarse por una cuestión alimentaria puede no causar problemas importantes en una familia, *evitar el enfrentamiento*, como modalidad de relación habitual, conduce frecuentemente a la formación de un chivo emisario y, más en general, a una disfunción sistémica.

FASES DE LA TERAPIA

Me pareció oportuna una distinción en fases, no tanto para subdividir cronológicamente el proceso terapéutico, sino más bien para ayudar al lector a una más fácil comprensión de las dinámicas familiares y del desarrollo del tratamiento, que se realizó en entrevistas semanales durante ocho meses.

1. *La tríada rígida*

En las primeras sesiones el sistema familiar se presenta casi uniformemente como una *tríada rígida*,³ todos los temas se centran sobre Luciano, el muchacho enfermo al que los padres acompañan a la curación: él se sienta entre ellos mientras exponen sus problemas; durante esta presentación los padres aparecen unidos y en perfecta armonía entre sí. Luciano, por su parte, confirma plenamente la definición que ellos dan del problema: en efecto, si por un lado todas sus manifestaciones, aun las más adecuadas, son sentidas y referidas por los padres como sintomáticas, por otro Luciano se empeña en presentarse como *el problema* de la familia y en exhibir un comportamiento arrogante y prepotente que ratifica lo que los padres dicen de él. En esta fase de la terapia prevalece la descripción de los aspectos irracionales y violentos del muchacho. Sucesivamente se irán tomando más en consideración los aspectos de dependencia y de necesidad de protección de Luciano.

Todo el sistema termina así presentándose como sintónico porque trata de proporcionar a los terapeutas una definición única del problema: los padres se refieren a la prepotencia y la irracionalidad de Luciano, declarándose en consecuencia impotentes para enfrentarla, y este último la exhibe visiblemente en la sesión y en la casa. Luciano participa en el mantenimiento de este rígido equilibrio homeostático, reivindicando en la sesión una centralidad absoluta, que se expresa en la necesidad de dictar las reglas de la relación

³ Siguiendo el enfoque estructural descripto por Minuchin (1977) podemos definir a la *tríada rígida* como un tipo de estructura familiar donde existen problemas crónicos de límites generacionales. Es decir, nos referimos a los sistemas familiares en los cuales la rígida utilización de un hijo en los conflictos de pareja se transforma en una “norma”.

con los terapeutas. Los padres participan en la sesión aceptando, impotentes, la enfermedad del hijo y tratando de atraerlo todas las veces que el terapeuta tiende a descentralizarlo.

La rigidez del sistema resulta particularmente evidente cuando uno de los terapeutas pregunta a los padres cuál podría ser un segundo problema a resolver, en el caso de que se normalizara el comportamiento de Luciano. Después de un largo silencio, interrumpido sólo por gestos de intolerancia del muchacho, he aquí lo que manifiestan los padres:

Madre: Bueno... entre mi marido y yo grandes problemas nunca han habido. El problema es nuestro hijo, si va a volver a estudiar o no.

Padre: Se refiere a él, bajo otra perspectiva.

Madre: Sí, bajo otro aspecto.

Después de otra solicitud de uno de los terapeutas y de un nuevo silencio, sigue la madre.

Madre (dirigiéndose al terapeuta): Bueno, el problema, no lo sé, quizás exista, pero por ahora no llego a ubicarlo. A lo mejor hay tantos. Me haría falta un ejemplo para saber si sería o no un problema mío. Así no puedo. Todo gira en torno de él... Ya no puedo... no sé...

Después de este sondaje sobre otras zonas posibles de conflictos familiares, por otra parte totalmente negadas, Luciano retoma el predominio, comienza a dar vueltas nerviosamente, amenaza con irse si no se habla de él. Manifiesta que está mal y quiere que los terapeutas se concentren únicamente en él, en lugar de perder tiempo con "otras historias". Comienza así a hablar de sus temores de quedarse solo, de ir en ómnibus, de adelgazar demasiado y del insomnio, que lo obliga a tener despiertos a los padres casi todas las noches. Mientras habla con énfasis de sus perturbaciones, los padres permanecen en silencio, comunicando analógicamente a los terapeutas su total impotencia frente a la situación.

Los terapeutas se dan cuenta de la efectiva impenetrabilidad del sistema:⁴ ante cada intento de implicar a los padres en alguna se-

⁴ Este aspecto de la impenetrabilidad es un elemento de importancia fun-

cuencia interactiva que no se refiera a Luciano-problema, el sistema familiar retroactúa con el muchacho, que comienza a vociferar y a lanzar invectivas contra los terapeutas porque no se ocupan de él, y con los padres que, aunque inicien alguna transacción entre ellos, terminan luego inevitablemente hablando del muchacho y de la gravedad de la situación.

Sobre la base de las informaciones relacionales que los terapeutas van recogiendo en esta primera fase de la terapia, el sistema se presenta estructuralmente como una tríada rígida, cuyo mecanismo preferencial parece ser la *desviación del enfrentamiento conyugal* y la consiguiente utilización rígida de Luciano, tanto más rígida porque es realimentada constantemente por el comportamiento de éste, según una modalidad circular.⁵ Esto explica no sólo la armonía ilusoria de la pareja, que así no necesita enfrentarse como tal, sino también la función protectora desempeñada por Luciano en su calidad de chivo emisario, que se replantea constantemente como el único problema de la familia para mantener en equilibrio el sistema.

En el curso de la terapia vemos que la desviación del enfrentamiento conyugal tomará alternativamente forma a través del *ata-*

damental: si bien es cierto que objetivamente un sistema fuertemente disfuncional puede presentar un notable grado de rigidez al cambio, también lo es que la impermeabilidad de un sistema, sobre todo en las fases iniciales de la terapia, debe evaluarse en relación directa con la formación del sistema terapéutico y de su crecimiento. En otras palabras, cuando la familia acude a la terapia tiene necesidad de "garantías emotivas" para volverse permeable, de modo de permitir la entrada del terapeuta en su interior: esto significa que este último debe adquirir poder contractual y credibilidad sobre el terreno para que lo acepten los miembros del sistema familiar como activador del cambio.

⁵ Otra modalidad de utilización rígida de un hijo en los conflictos conyugales es la *triangulación*: ésta difiere de la desviación del enfrentamiento, porque en este caso cada progenitor pide al hijo que establezca con él una alianza contra el otro. Cuanto más rígida es la utilización del hijo, tanto más paralizado se sentirá éste, porque todos sus movimientos serán percibidos por cada progenitor como un ataque por parte del otro (Minuchin, 1977).

que al hijo, causa de los problemas familiares porque es *malo* (por su comportamiento violento, rabioso e irracional), o bien a través de la *protección* de los padres respecto de Luciano porque está *enfermo*, o sea, es distinto. ("Yo siento que a su edad todos los muchachos quieren a sus padres, todos quisimos a nuestros padres, pero cuando uno se vuelve grande se separa, el afecto cambia, ¿me explico? En muchas manifestaciones tuyas Luciano es como si fuera un niño chiquito que todavía tiene necesidad de protección... no lo sabría explicar, pero lo veo hacer los mismos gestos, las mismas cosas de cuando era chico...", dirá la madre en una de las primeras sesiones).

En ambos casos, tanto el ataque a la maldad como la protección de la enfermedad, llevan al mismo resultado: la negación de todo conflicto de pareja a través de una constante alimentación de funciones disfuncionales a nivel de la relación padres-hijo. Lo que, en último análisis, sirve para el mantenimiento del único equilibrio sistémico aceptable en ese momento por parte de todos sus componentes.

2. Hacia el desequilibramiento del sistema

Ya hemos aludido a las dificultades con que tropezaron los terapeutas para recoger informaciones que no se refirieran directamente a Luciano: la observación de un comportamiento redundante del tipo "sólo se puede hablar con autorización de Luciano y sólo acerca de él", representa un obstáculo para la terapia que habrá que superar mediante una prescripción. Los terapeutas, más bien que oponerse a la tendencia preponderante del sistema, prefieren secundarla, convencidos de que un enfoque paradójico puede romper el círculo vicioso y proveer espacios más amplios para entrar en el sistema familiar. Así, en una sesión comienzan diciendo que por el momento es tranquilizador para todos hablar de Luciano y que sólo concentrando los esfuerzos sobre el muchacho se podría obtener alguna mejoría. Prescriben luego a los tres componentes de la familia que se atengan a la descripción minuciosa del comportamiento de Luciano, fuente de tan graves malestares familiares. El resultado de la prescripción consiste en el hecho de que no se ha-

bla de él en el curso de la sesión y se recogen en cambio informaciones útiles para comprender algunas de las reglas del sistema.

Nos sorprende particularmente la inmediata reacción de la madre: toma la palabra y comienza un largo relato sobre su infancia y la de su marido, sobre la soledad de ambos y sobre el matrimonio. Luciano esta vez no interrumpe. Aunque en el curso de la semana el comportamiento del muchacho se hará más turbulento y será objeto de discusión en la sesión siguiente, nos parece que la prescripción comenzó a *desequilibrar* el sistema. La madre comunica ahora, tanto verbalmente como en el plano analógico, que su actitud respecto del hijo es contradictoria: por una parte se muestra exasperada por sus problemas ("Me siento ahogada por su despotismo, me tiene atada a él con sus perturbaciones", etcétera), pero por otra lo alienta implícitamente. Al hacerlo así, termina de hecho reprochando al marido por pretender demasiado del hijo, mientras debería tener más paciencia y respetar su ritmo de crecimiento. Esta actitud de la madre, de crítica por un lado y de refuerzo del comportamiento sintomático del hijo por otro, encara da en términos relacionales, parece vincularse con una necesidad de mantener una *coalición estable* con el muchacho a expensas del marido.

En el curso de una sesión Luciano verbaliza claramente la contradictoriedad de la madre, confirmando nuestras intuiciones sobre la existencia de una coalición estable entre madre e hijo: "Ahora me haces recordar otra cosa, que lo hiciste sin darte cuenta, porque dentro de ti hay una parte que quiere que yo no me cure. Como hay una parte de mí que quiere que siga como estoy. A mí me gustaría curarme. En realidad, cuando digo que gané alguna batalla, la ganó la parte de mí que quiere curarse. Llego al 51 por ciento, porque ahora las dos partes se equilibran. En mí madre hay una parte que es como yo: si yo me curo (soy un nene, estoy aferrado a mi madre) y me separo de ella, quizás a ella no le caiga bien. Pero yo ya estoy aferrado a mi madre, y si ella me agarra todavía más, ¿no hay nada que hacer!"

En esta fase de la terapia asistimos a una serie de choques entre Luciano y su madre sobre el tema de la autonomía, que nos parecen, por el momento, destinados más bien a confirmar una relación de alianza entre ambos, que a enfrentar concretamente el te-

ma de la desvinculación. Pese a ello, hacer explícita en la sesión una regla familiar es ya de por sí una modificación sistémica: esto significa que cuanto más se descubra la alianza entre la madre y Luciano, tanto más difícil les resultará mantenerla. Por detrás de los contrastes aparentes entre la madre y el hijo, se configura cada vez más claramente la exclusión del marido, sobre todo en lo referente a las dinámicas de pareja (Luciano logra, en todos los sentidos, mantener separados a sus padres). En la sesión el padre se muestra incómodo, y si bien los terapeutas le piden que diga su punto de vista, prefiere dar respuestas evasivas: parece ocupar la posición de segundo chivo emisario.

En consonancia con cuanto hemos dicho está la descripción que la mujer hace de su marido, en la que descalifica las cosas positivas que dice respecto de él.

Si bien verbalmente expresa su estimación porque él siempre trabajó con dedicación, porque nunca tuvo otros intereses aparte de ella y del hijo, con el tono de la voz y con la mímica comunica hastío y fastidio respecto de este hombre gris y monótono que desde hace años no le ofrece nada nuevo. Respecto de la aparente armonía de la pareja, manifestada en las fases iniciales de la terapia, se asiste ahora a una situación distinta, caracterizada por las variaciones emotivas de la madre que se desahoga en varias oportunidades contra el hijo que quiere ser el centro, y aun más a menudo contra el marido, silencioso y monótono.

En este punto esperamos que ante el desequilibramiento del sistema provocado por el cambio de estado de uno de sus elementos, el sistema retroaccione para restablecer un nivel homeostático de seguridad. Luciano, en verdad, tiende a negar el cambio de la actitud materna, y a restablecer la "armonía conyugal" mediante la exasperación de sus síntomas. Sin embargo, algo ha cambiado también respecto de las modalidades habituales de recuperación homeostática, porque ahora Luciano se ve obligado a canalizar su agresividad *contra los terapeutas*,⁶ a los que percibe cada vez más

⁶ Llevar al paciente identificado a enfrentarse con los terapeutas mediante una modalidad provocativa representa, en mi opinión, un nuevo estadio de

como amenazadores, en lugar de dirigirla contra la familia, tal como era su costumbre. Esta situación, si por una parte requiere una notable dosis de control emocional de los terapeutas (Luciano llega incluso a realizar amenazas físicas en la sesión blandiendo un cenicero de hierro sobre la cabeza de uno de los dos terapeutas), por otra representa un notable paso adelante en el proceso terapéutico y un acceso estable al sistema familiar.

En términos sistémicos, el enfrentamiento entre los cónyuges se vuelve posible ahora que la coalición madre-hijo queda sustituida por un enfrentamiento abierto entre el terapeuta y el adolescente (aunque la motivación del enfrentamiento sea distinta: para Luciano representa un intento de retomar su función protectora en casa, y para el terapeuta, en cambio, un modo de promover la desvinculación y, por lo tanto, la salida de la casa). Está claro que promover el enfrentamiento de la pareja no es una operación fácil, incluso porque ambos cónyuges están habituados a desviarlos regularmente mediante la utilización del hijo y carecen de modelos transaccionales alternativos. En este sentido resulta particularmente significativa, como confirmación de nuestra línea terapéutica de enfrentamiento, la toma de conciencia del padre, que se ve frente a las recurrentes lamentaciones de la mujer. Para ilustrar este aspecto vamos a referir los pasajes esenciales de algunas secuencias interactivas entre los dos cónyuges, parte destacada de la sesión:

Marido: Hoy hablo yo; sucedió una cosa excepcional, ayer la última frase de mi mujer fue: "Hace veinte años que vivimos juntos y del él mucho no sé". Yo digo: qué extraño, no sé, y sin embargo no hay ningún secreto, debería saberlo todo; quizás no me ha entendido, quizás no me explico y haya estado rumiando las cosas. Así llegó el domingo a la tarde la hora de salir, como de costum-

anormalidad del sistema, etapa intermedia, a menudo necesaria antes de la solución real del problema. Si bien es cierto que nada ha cambiado aún en el comportamiento perturbado del muchacho, también es cierto que ahora éste se ve obligado a realizarlo en función de los terapeutas, y cada vez menos para con los padres. En términos estructurales, el efecto práctico es de permeabilizar los confines generacionales, de modo que Luciano debe abandonar el territorio de la pareja para ir a enfrentarse con los terapeutas.

bre. Teníamos que ir al cine, como es nuestra vieja costumbre. Digo: "¡En vez de eso vamos al mar!", así hablé, hablé y ella lloraba; hubo una explicación que en veinte años no había tenido, larga, dos, tres, cuatro horas. La cosa fue interesante porque salieron cosas; quizás yo me había adormecido, me había acunado, había creído que todo andaba muy bien. Quizás el trabajo me había agarrado de tal manera que no llegué a pensarlo, no comprendía, era ciego, era como los caballos con anteojeras. No sé (*dirigiéndose al terapeuta*) si a Ud. le interesa lo que se dijo en la explicación, pero salieron varias respuestas a las preguntas que Ud. hizo y para las que entonces no tuvo contestación. ¿Los problemas? Problemas había a montones, no habían sido enfrentados en el momento oportuno, porque yo pensaba por mi cuenta, porque ella soportaba, porque yo soportaba después, en suma, porque dejaba pasar. Quizás me había adormecido, no sé, me engañaba satisfaciéndome con lo que había logrado. Esta es también una cosa que me da vueltas por la cabeza, una pregunta, pero ahora encuentro todas las respuestas a las preguntas que Ud. me hizo y a las cuales respondí entonces al tuntún, respondí mal o quizás no respondí para nada. Problemas había, había a montones y quizás cada uno se los guardaba para sí, no los habíamos considerado juntos. Por ejemplo, aquella pregunta que Ud. le hizo a mi mujer. Laura no encontraba respuesta. Me dijo: "No lo dije para no ofenderte". (*Dirigiéndose a la mujer.*) Debes decirlo. Venimos aquí no de casualidad. Si la verdad es que yo era chato, que era descolorido, que no era el ideal, dilo, no me ofendes. Tú dijiste: "Tienes buenas cualidades, pero quizás esperaba algo más". ¡Dilo, dilo, si no es cierto!

Mujer (dirigiéndose al terapeuta): Cuando Ud. me preguntó qué sentimientos tenía por mi marido, dije: "Menos que por mi hijo". Pero no habría debido contestar a esa pregunta, porque para ser sincera tendría que decir ninguno, absolutamente ninguno.

Marido: Es como una línea de montaje.

Mujer (dirigiéndose al marido): Pero yo estas cosas siempre las he sentido así. Sólo que... he tratado de decírtelas, pero te ofendiste y por dos o tres días ni me miraste la cara. Entonces abandoné el asunto.

Marido: Debías haber insistido... pero no es que no te atendiera. No es que no te atendiera. Quizás no entendía, quizás no veía. Debías haber insistido, debías haber insistido.

Attilio, que en el curso de la terapia siempre había tenido una actitud blanda y sometida, durante este arranque emotivo habla con un tono de voz vibrante y decidido. Durante toda la sesión mantiene una posición central e impide todo intento de interferencia de Luciano. A continuación recaerá de nuevo, varias veces, en la posición habitual de marido y padre silencioso y marginado, pero esta toma de conciencia, de la que ahora habla con tanta vehemencia, constituye un primer paso hacia una redefinición más adecuada de roles y funciones familiares.

El desahogo del padre y el intercambio directo entre los cónyuges representan una amenaza más para el precedente equilibrio sistémico. Luciano, enfrentado tan explícitamente con las problemáticas parentales, intenta recuperar su función de catalizador de las tensiones familiares agravando sus síntomas, sea en el plano de las ansiedades abandonicas y de las fobias, o en el de las reacciones violentas contra sus padres, e impone de un modo bien visible en la sesión su condición de "enfermo", en el momento en que el discurso tiende a focalizarse sobre sus progenitores. Todo esto surge de un modo claro de algunas frases de la madre y de Luciano, que referimos a continuación:

Madre (dirigiéndose a los terapeutas): Hay algo que se ha movido, pero es algo que no le agrada. Se la agarró a muerte con Uds., que son los que lo provocaron, ¿entienden? Si no, no me explico todo lo que dijo estos días en casa contra Uds. dos. Es una señal de que provocaron algo en él que no le agrada que salga.

Luciano (en el curso de la misma sesión llegará a expresar perfectamente su temor de cambiar): Querría colaborar con Uds., pero los veo como enemigos, o sea, en síntesis, no es que lo pienso yo, Uds. tratan de curarme, ¿no? Yo, sin embargo, trato de oponerme a Uds. y no dejarme curar. He pensado en estas cosas, sólo que no las quiero admitir dentro de mí, ¿entienden? El asunto está todo ahí. Quererlas admitir dentro de mí me provoca ansiedad. Y así estallo hacia afuera.

3. *Hacia una demarcación más neta de los límites generacionales*

Si bien Luciano sigue tratando de ubicarse como "primer actor" en la sesión, monopolizando todavía la atención de todos sobre sí, las resistencias del sistema al cambio parecen mucho menos rígidas que en la fase inicial de la terapia. La menor rigidez puede relacionarse, sin duda, con el hecho de que los padres lograron conquistar una mayor seguridad y un espacio concreto para enfrentar las realidades propias de la pareja, no sólo en la sesión, sino también en la vida cotidiana. Aunque en los últimos tiempos los síntomas de Luciano han "aumentado" decididamente, parecen, en todo caso, haber perdido incisividad (por lo menos en lo referente a la implicación emotiva en ellos), pero sobre todo han cambiado de dirección: se proyectaron desde dentro del núcleo, hacia afuera; un "afuera" representado momentáneamente por el equipo terapéutico. Sobre la base de estas consideraciones, los terapeutas estudian una estrategia que empuje a Luciano a adquirir una mayor autonomía, necesaria para fomentar una demarcación más neta de los límites generacionales. Si la tríada ya no es tan rígida, es decir, si el enfrentamiento conyugal ya no es vivido como algo amenazador e insostenible por todos, si Luciano ya no tiene que funcionar como catalizador de las tensiones familiares y por lo tanto puede perder su rol protector, parece posible una redefinición de las relaciones entre los cónyuges y su hijo.

Por lo tanto, nos proponemos fomentar tal proceso con una *prescripción de desplazamiento de chivo emisario*, o sea, practicando una estrategia destinada a transferir momentáneamente las *perturbaciones* de Luciano al padre.⁷ Para realizar la prescripción, utilizamos el único ámbito de actividad externa a la familia que realiza el padre, su trabajo, desplazando artificialmente el problema del hijo hacia él.

El padre, empleado desde hace más de veinte años en una gran empresa comercial, nunca se ausentó de su trabajo. Su actividad laboral representa una zona, quizás la única, de la que obtiene notables satisfacciones y donde es apreciado por su competencia por

⁷ Para un análisis más detallado de esta prescripción remitimos al lector al capítulo sobre las prescripciones, pág. 93 y sigs., donde tratamos ampliamente el asunto.

todos, incluidos la mujer y el hijo. Uno de los dos terapeutas, en un coloquio individual, le propone una colaboración directa, con el fin de estimular a Luciano para que asuma alguna responsabilidad exterior. La prescripción consiste en que falte al trabajo por quince días y asuma en casa un comportamiento insólitamente deprimido y descuidado, rehusando todo tipo de comunicación con sus familiares.

Al presentarle la prescripción el terapeuta le anticipa que probablemente no le será difícil deprimirse, porque al pasar quince días completos en casa podrá tomar conciencia de aspectos importantes y a la vez perturbadores respecto de los roles y funciones familiares. La iniciativa terapéutica no puede no provocar una fuerte reacción, sobre todo en Luciano, que en la siguiente sesión agrade a los terapeutas a los que considera responsables de la enfermedad de su padre, comunicando al mismo tiempo su decisión de ubicarse como elemento válido en el exterior ("Si él está reducido a este estado, me corresponde a mí tomar las riendas de la casa").

La prescripción, decididamente provocativa respecto del muchacho, favorece de una manera insólita, pero por cierto eficaz, el comienzo de un proceso de mayor autonomía de Luciano, y de una completa reestructuración de las reglas familiares. Luciano no se presenta a las sesiones de terapia durante un cierto período, pero envía a los terapeutas, a través de sus padres, mensajes tranquilizadores respecto de él, y de implícita confirmación de la línea terapéutica, indicando que el terreno ya está maduro para enfrentar los problemas de la pareja, sin más necesidad de que él actúe como intermediario. De hecho, los padres, ya no bloqueados por los síntomas de Luciano, comienzan a actuar sus propios contrastes y sus propias conflictualidades mediante interacciones más directas y más auténticas, que permiten verificar en concreto la posibilidad de llegar a un entendimiento nuevo. A una mayor autonomía de Luciano en el exterior, corresponde un redescubrimiento de intereses comunes de la pareja, que ahora está buscando una relación conyugal distinta y más auténtica. Este es el período en que ambos experimentan, después de veinte años, la posibilidad de estar juntos sin Luciano.

4. *La negociación de autonomías recíprocas*

A través de las fases descriptas, la terapia parece encaminarse hacia el logro de su objetivo central, o sea, la creación de una separación entre las unidades generacionales de la familia. Tal proceso de diferenciación, promovido prácticamente por la ausencia de Luciano a varias entrevistas, es reforzado luego por los terapeutas que dividen a los padres y al hijo en la sesión, encontrándose separadamente también con el muchacho.

Las sesiones con Luciano pierden todo tinte provocativo, porque él se muestra ahora disponible para una relación distinta que lo ayude a consolidar su movimiento de emancipación. Las entrevistas versan sobre su trabajo, nunca interrumpido después de la depresión paterna, sobre los amigos y sobre la chica con la que ha iniciado una relación sentimental, y más generalmente sobre su modo de enfrentarse con la realidad. Pese a que oscile con frecuencia entre una valoración grandilocuente de sí mismo y una escasa estimación de sus reales capacidades para ubicarse de un modo válido entre sus coetáneos, sin embargo ahora es Luciano mismo el que busca su espacio de adolescente para enfrentar sus problemas de maduración individual, perdiendo progresivamente su rol de chivo emisario de la familia.

La pareja, superado el temor de la intimidad y la consiguiente confusión de roles y competencias generacionales, está en condiciones de enfrentar un problema que hasta pocos meses atrás parecía insuperable: el relativo a una reestructuración familiar que devuelva a Luciano a su lugar de hijo y a la pareja a su espacio conyugal.⁸ Ahora es posible una geografía familiar distinta: los padres son los que toman la iniciativa en este sentido, de modo que Luciano pueda abandonar también físicamente el cuarto matrimonial, permitiendo al padre retomar su lugar. También el muchacho participa activamente en el proceso de redefinición de las autonomías recíprocas: ahora ya no tiene miedo de dormir solo, más aun, reivindica su espacio incluso en casa, ya que los padres también exigen el *suyo* de un modo claro y decidido.

⁸ Anteriormente había fracasado todo intento de enfrentar el problema del "dormir", porque surgía más de la ansiedad de los terapeutas que del exacto *timing* terapéutico.

El trabajo terapéutico se ve favorecido por la proximidad del período estival, que ofrece ocasiones para enfrentar el problema de la separación de un modo concreto, verificable a breve plazo, en la realidad. Luciano anuncia que irá a Cerdeña a visitar a su chica, mientras en el mismo período los padres harán un viaje por su cuenta. Ambos planes resultan absolutamente nuevos para Luciano y los padres, que se quedan perplejos y sorprendidos al producirse la emancipación. Es justamente la contemporaneidad de tal separación lo que favorece que ambos subsistemas puedan iniciar un camino nuevo, más auténtico; el sistema familiar puede enriquecerse ahora con experiencias y enfrentamientos hasta ahora inusitados, con un efecto liberador para los tres, lo que permite que haya una mayor armonía del núcleo y una participación más efectiva en el contexto social.

5. *Cuatro años después*

La terapia concluyó con el verano, después de alrededor de ocho meses. La familia permaneció en contacto con uno de los terapeutas, con entrevistas periódicas (más o menos una por año) destinadas a recibir informaciones sobre la marcha general de la familia y a verificar en el tiempo la estabilidad de los cambios iniciados durante la terapia. El terapeuta asumió en estas sesiones la fisonomía de un amigo de la familia interesado en conocer las etapas evolutivas del grupo familiar. Con él Luciano habla abiertamente de su chica sarda y de las costumbres de la isla, mientras los padres refieren con orgullo sus viajes por la alta montaña.

Personalmente he vuelto a ver a la familia a cuatro años de distancia desde la finalización de la terapia. La familia ha aceptado con buena disposición este encuentro, en el curso del cual cada uno recordaba con extrema claridad las etapas fundamentales de la terapia y el empeño de todos en alcanzar los objetivos terapéuticos. Recordando los tiempos en que Luciano monopolizaba la atención con la participación cómplice de sus padres, me impresionó la distinta modalidad de disposición del grupo familiar, caracterizada ahora por el respeto y la estimación recíproca. Interrogados sobre los hechos más significativos de esos cuatro años, los padres comienzan hablando de sí mismos, de sus relaciones, que sienten como más maduras y vitales. La mujer aparece rejuvenecida y deseosa de

comunicar su satisfacción al sentirse más libre y autónoma. El marido se detiene también sobre la relación conyugal, describiéndola como un "reencuentro" después de tanto tiempo, y se muestra decidido y seguro de sí, Luciano es ahora para ellos otro adulto, con el cual es posible y agradable hablar e interactuar.

Luciano se sienta lejos de los padres y habla largamente de los cambios ocurridos en estos años. Se comporta como un joven adulto capaz de enfrentar las realidades propias de su edad de un modo autónomo, sin tener ya necesidad de actitudes exhibicionistas o de dependencia. Habla de una manera tranquila de los acontecimientos significativos de los últimos tiempos, mientras los padres lo escuchan con interés. Describe su actividad laboral en un negocio de confecciones, interrumpida solamente en ocasión del servicio militar. Se detiene a hablar de la experiencia militar, terminada desde hace pocos días, respecto de la cual había estado muy preocupado al comienzo temiendo no hallarse emotivamente en condiciones de sobrellevarla. De hecho, una vez enrolado fue capaz de adaptarse de un modo crítico a una realidad ni fácil ni agradable, de la que salió sin repercusiones negativas. Más aun, esta primera experiencia lejos de su casa le permitió valorar mejor sus capacidades reales. Anudó muchas amistades, de las que sus padres hablan con satisfacción; algunos amigos, licenciados con él, lo invitaron a pasar las próximas vacaciones de verano en Cerdeña junto con Paola, su chica sarda. Inmediatamente después del verano deberá tomar servicio en el servicio de correos, donde tiene la posibilidad de desarrollar una actividad estable. La idea de un trabajo definitivo, así como más en general el tener que asumir responsabilidades en primera persona, producen indudablemente ansiedad a Luciano; se trata, sin embargo, de preocupaciones que cualquier adolescente podría sentir, es decir, que han perdido todo carácter de extrañeza en un sistema familiar sin duda cambiado.

En efecto, se ha modificado decididamente el clima emotivo de la familia, donde reina ahora un profundo respeto recíproco. Está vigente ahora en la familia la filosofía de la abuela materna que, como dice la madre, consiste en *que cada uno se las arregle por su cuenta*. La individualización de zonas de autonomía personal ha permitido sustituir el círculo vicioso de la protectividad, fuente de notables malestares durante largo tiempo, por una modalidad nueva de relación, fundamentada sobre una mayor conciencia de "sí" en

sus miembros y sobre una mayor confianza recíproca. La familia se presenta ahora como un conjunto constituido por unidades distintas y diferenciadas. La desviación del enfrentamiento conyugal y la consiguiente necesidad de un chivo emisario fueron sustituidas por la posibilidad de enfrentarse más libremente, en todos los niveles, y sobre todo por una *auténtica emancipación* por parte de los adultos, incluido Luciano.

SIGNIFICADO RELACIONAL DEL COMPORTAMIENTO ENCOPRETICO DE ALEX

La familia de Alex fue seguida por el autor en terapia familiar durante más o menos cuatro meses en la Philadelphia Child Guidance Clinic. En el curso de la terapia se profundizó el significado relacional del comportamiento encopretico de Alex, que mediante el "cuándo" y el "cómo" del variar del síntoma ha *indicado el camino* hacia el progreso terapéutico y hacia la solución de malestares familiares de otra naturaleza.

COMPOSICION DEL NUCLEO FAMILIAR

La familia se compone de la madre, Bárbara, de 35 años, y de cuatro hijos, Sandra de 13, Alex de 12, Rosalind de 7 y Oliver de 6. Desde hace varios años los padres están separados y el padre, Harold, camionero, vive con otra mujer en un barrio periférico de Filadelfia y mantiene relaciones muy saludables con los hijos. La familia, de raza negra, vive en una zona extremadamente pobre de Filadelfia. No obstante la situación de estrechez económica, Bárbara hace todo lo posible para que no falte lo esencial a los niños y parece muy orgullosa de su rol de madre. Ha rechazado la asistencia del *Welfare* (proporcionada por el Estado a las familias pobres) y con su trabajo (se ocupa de limpieza en locales de una compañía aérea) logra mantener a su familia de un modo digno, lo que permite a sus cuatro hijos asistir a la escuela. Los niños, por otra parte, han aprendido a ser autosuficientes y a asumir muchas responsabilidades cuando la madre está ausente por razones de trabajo.

ENVÍO Y MOTIVACIONES PARA LA TERAPIA FAMILIAR

La familia fue enviada por un pediatra del hospital infantil a quien la madre consultó porque Alex, desde hace más o menos un año, ha recommenzado a "ensuciarse en los pantalones" varias veces al día, incluso en la escuela. Por lo demás, el comportamiento de Alex es absolutamente adecuado a su edad: es un chico jovial y responsable, que nunca tuvo problemas de ninguna clase. Realizando una serie de exámenes clínicos en el hospital, todos por otra parte negativos, el pediatra aconsejó un breve tratamiento de tipo familiar en la anexa Child Guidance Clinic.

FASES DE LA TERAPIA

Las primeras sesiones se emplearon en explorar más detalladamente el problema de la encopresis, en comprender qué representaba eso para la madre, para Alex y la hermana mayor, Sandra, y en qué medida cada uno estaba dispuesto a colaborar a fin de superar el actual estado de malestar.

Los tres coincidieron en considerar inadecuado y preocupante el comportamiento encopretico, que no parece tener ninguna motivación. Bárbara tenía que asumir un trabajo extra para lavar todos los días la ropa interior del chico, pero sobre todo temía que la perturbación pudiera ser de naturaleza mental. (Esta preocupación pareció más comprensible cuando luego, en una entrevista individual, la madre habló de una internación del padre en un hospital psiquiátrico, hecho que remontaba a la época en que ambos aún vivían juntos.) Las perturbaciones de Alex le ofrecían a Sandra una oportunidad para sentirse aun más vice-mamá y responsable de la marcha de la casa en ausencia de la madre. Alex, por su parte, se mostraba turbado por su propio comportamiento, aparentemente incomprensible, y a raíz del cual experimentaba un sentimiento de vergüenza porque se daba cuenta de que no correspondía a su edad.

a) *Exploración del subsistema de los hijos y alianza con Alex*

Recogidas las primeras informaciones relacionales sobre el problema, la intervención terapéutica tendió inicialmente a crear un contexto sereno y jovial en el que pudieran establecerse espacios

de juego entre la madre y los niños. En efecto, Bárbara, urgida por las tareas del trabajo y por las responsabilidades de llevar adelante a la familia, no estaba en condiciones de encontrar pausas de distensión ni momentos para alternar agradablemente con sus hijos. A estos últimos se les requirió entonces que organizaran en la sesión un juego, que resultó agradable y fue bien recibido incluso por la madre.

Además de promover una actividad lúdica entre la madre y los niños (éstos dirán después que repitieron el juego también en casa), la cosa sirvió para entrar más directamente en contacto con la familia y para explorar las relaciones a nivel del clan infantil: dentro de éste existían de hecho dos subgrupos: el de los grandes, Alex y Sandra, y el de los pequeños, Rosalind y Oliver. En realidad, la aparición del comportamiento encopretico había llevado a un estado de confusión en la jerarquía infantil, relegando a Alex al sector de los pequeños, es decir, de aquellos a los que había que cuidar, y trasladando a Sandra al subsistema parental.

Partiendo de estas consideraciones traté desde el comienzo de concertar una alianza con Alex utilizando para ello mis dificultades lingüísticas;¹ le pedí que me ayudara a entender algunas expresiones del dialecto negro que me resultaban incomprensibles. Aceptó la tarea de buen grado, pues se sentía valorado en un rol importante de asesor lingüístico.

La redistribución de competencias en el nivel del subsistema de los hijos y la alianza con Alex fueron las dos operaciones de reestructuración realizadas en esta primera fase. En lo referente a la primera, se empleó en una sesión para verificar las tareas realizadas por Sandra y por Alex en casa. Las responsabilidades de la chica resultaban netamente mayores que las de Alex, con gran decepción de este último. Interrogados sobre cómo evaluaba cada uno esta distribución desproporcionada de tareas, ambos coincidieron en preferir una situación de mayor paridad. También Bárbara se expresó de la misma manera. Se pidió entonces a los dos que renego-

¹ Es sorprendente la utilidad terapéutica de expresarse con dificultad en una lengua extranjera; esto permite al terapeuta fingir que no ha comprendido cuando quiere subrayar alguna secuencia o interacción importante, además de promover espontáneamente la colaboración de la familia, siempre dispuesta a ayudar al terapeuta en dificultades.

ciarán en la sesión sus responsabilidades, sobre todo en lo referente al cuidado de Rosalind y Oliver en ausencia de la madre, mientras esta última debía actuar como mediador imparcial en esta redistribución de tareas. Durante varias sesiones sucesivas se discutieron luego los resultados obtenidos en casa.

Esta operación de reestructuración no tardó en dar los primeros frutos: Bárbara ofreció su plena cooperación en la terapia porque sentía que recibía una ayuda efectiva respecto de los hijos, aunque ésta no abordara aún el problema por el que había pedido la intervención. Al actuar como árbitro imparcial proporcionaba en última instancia un refuerzo positivo a Alex, que resultaba revalorado, y a la vez un sano redimensionamiento de las obligaciones de Sandra, que en caso contrario corría el riesgo de asumir un rol demasiado exigente, casi maternal, y por lo tanto dañino para su crecimiento de adolescente.

La alianza con Alex, en este punto, se selló de un modo un poco singular. En el curso de las sesiones sucesivas separé a la familia, reservándome tiempo para tener breves coloquios individuales con el muchacho. Le ofrecí mi ayuda para resolver el problema de la encopresis, a condición de que la cosa quedara en secreto entre él y yo: a Alex se le iluminó el rostro y se mostró muy complacido por la propuesta. Entonces le prescribí que llevara un diario personal donde anotara día a día cuándo y cómo le ocurría ensuciarse. En el curso de las entrevistas sucesivas debía traerlo consigo; lo analizaríamos juntos para tener un cuadro completo de la situación.

En pocas semanas disminuyó progresivamente la magnitud del problema: por una parte, se había modificado de hecho el *significado afectivo del síntoma*, que ya no era realizado para la familia, sino que representaba más bien el pretexto para establecer un pacto secreto con un adulto privilegiado, respondiendo así a las primeras exigencias de un espacio privado, propias de la fase preadolescente; por otra parte, la *amplificación del síntoma*, del que se hablaba como se puede hablar de un programa de trabajo, con horarios, plazos, intensidad, etcétera, terminaba paradójicamente ridiculizándolo y haciéndolo cada vez más insostenible, a la vez que iba dejando espacio para nuevos contenidos que se podían ofrecer a la relación.

Pero el verdadero golpe de gracia que sufrió el síntoma se produjo a raíz del plan de las tareas de limpieza, que si bien contri-

buía a favorecer la necesidad de autonomía de Alex, hacía que la perturbación resultara cada vez más intolerable. Le dije al chico que en este punto, visto el secreto de nuestro programa, era insostenible que la madre siguiera lavando su ropa interior como se hace con un niño pequeño. Coincidimos entonces en un plan que presentaríamos a Bárbara: ella tendría que enseñarle a Alex cómo lavar su ropa, manualmente o en lavarropas, y despreocuparse de su ropa sucia. La madre aceptó de buen grado y Alex luego mejoró. Después discutimos sobre las posibilidades que aún le quedaban a la madre de controlar la perturbación de su hijo (le bastaba, en realidad, observar cuando el chico lavaba su ropa interior para ver que se había ensuciado de nuevo), y llegamos a la conclusión de que la única manera de resolver la dificultad consistía en que Alex lavara su ropa todos los días, incluso cuando no se ensuciaba, de modo que la madre perdiera completamente el rastro. Esta le pareció a Alex una solución extraordinaria, y de hecho reforzó los progresos ya logrados. Si bien a primera vista ésta podía parecer una tarea "punitiva", tenía sin embargo el significado pragmático de alentar a Alex a superar el problema adquiriendo mayor confianza en sí mismo.

Una *estrategia provocativa* respecto del síntoma resultó en muchos casos un factor determinante para la superación de perturbaciones incluso graves de niños y adolescentes. Es decir, se trata de una modalidad de enfoque del problema en la que se halla indudablemente presente un elemento de desafío por parte del terapeuta respecto del comportamiento perturbado, y al mismo tiempo una acción constante de valorización de la persona mediante un trabajo de aliento y de refuerzo de todos los aspectos positivos presentes en ella. También en el caso de Alex la alianza terapéutica, centrada inicialmente sobre el problema emergente, se trasladará progresivamente a los planos más importantes de la problemática relacionada con la adolescencia, una vez entendido lo que el síntoma representaba.²

² Me interesa de nuevo subrayar qué importante es en terapia relacional comprender el *significado metafórico* del síntoma y su *función de indicador* del progreso terapéutico y del camino a recorrer para alcanzar el objetivo final de la terapia.

b) *De la encopresis al problema de la familia*

El mejoramiento sintomatológico de Alex se encuadra en una dimensión sistémica: la alianza con Alex y la estrategia provocativa descripta sólo representaban una parte de un plan más amplio, que había requerido ante todo una redistribución de los límites y responsabilidades a nivel del subsistema infantil, y que debía completarse ahora con un trabajo de reestructuración en el nivel parental. En este caso las cosas se habían complicado por el hecho de que los padres vivían desde hacía tiempo separados, pero no obstante ello la terapia debía dirigirse ahora hacia Bárbara, para analizar más a fondo la situación de los adultos. He aquí algunos elementos importantes surgidos de algunos coloquios individuales con Bárbara.

Se tuvo primero una confirmación implícita del mejoramiento de Alex, porque Bárbara se mostraba visiblemente aliviada y ya ni siquiera aludía al problema de la encopresis. Parecía más bien buscar ayuda para sí misma, y se la ofrecimos en seguida. Surgieron así algunos de sus conflictos: en particular, una relación amorosa establecida desde hace tiempo con un hombre, le hacía abrigar un profundo sentimiento de culpa hacia los niños. Por una parte, sentía la necesidad de un afecto y de un sostén personal, y por otra no quería que los hijos pudieran reprocharle no haberlos educado con todas sus energías. Surgió también el problema del marido, por el cual no sentía ya ningún interés, pero cuya falta sentían los niños, sobre todo Alex. A las preguntas de sus hijos respecto del padre respondía siempre con evasivas, y hacía lo mismo con respecto a la internación de éste en un hospital psiquiátrico, utilizada a menudo como pretexto para justificar la ausencia de casa.

Pregunté entonces a Bárbara si no consideraba que los hijos eran bastante grandes como para poder hablar con ellos de una manera más exhaustiva y directa acerca del padre. La madre aceptó la propuesta y en una entrevista sucesiva ella y los hijos hablaron abiertamente del padre. Se redimensionó así la historia del hospital psiquiátrico y tanto Bárbara como los niños se mostraron interesados y respetuosos de sus recíprocos sentimientos. A la madre esta mayor confianza debió costarle indudablemente mucho en un plano emotivo, pero terminó teniendo un efecto liberador de su senti-

miento de culpa. Alex participó en la entrevista con particular interés, evidenciando implícitamente el deseo de reanudar el contacto con el padre. Sandra se mostró muy cerca de la madre y compartió sus emociones. Oliver y Rosalind, al comprender que el padre ya no estaba en el hospital se manifestaron contentos, pero entonces no supieron explicarse por qué no iba a verlos.

En este punto resulta claro el significado relacional de la encopresis y su función de *campana de alarma* respecto de un malestar profundo que la familia experimentaba a diversos niveles desde hacía tiempo, aunque nunca lo hubiera enfrentado abiertamente. La disminución misma del síntoma, aun no desaparecido del todo, parecía indicar que el camino terapéutico era justo, pero que aún había trabajo que hacer. El problema ya no era la encopresis, sino más bien la exigencia de encontrar un remodelamiento de las relaciones familiares más satisfactorio para todos.

Esto pareció confirmado de un modo explícito durante una sesión en la cual Alex se mostró muy adulto y deseoso de encontrar un espacio distinto en la familia. Examiné con la madre las posibilidades de fomentar una nueva modalidad relacional entre el padre y los hijos, sin implicarla de ninguna manera a ella en un nivel conyugal, ya definitivamente concluido. Mediante la realimentación de una relación positiva entre padre e hijos, a Bárbara le habría sido más fácil aceptar su propio vínculo con el otro hombre sin sentirse culpable por ello. Bárbara consintió, aunque temiendo que el marido no estuviera dispuesto a encontrarse con los niños como no lo había estado en el pasado, y que esto pudiera repercutir negativamente en los hijos.

Consideré que Alex era la persona más indicada para tomar contacto con el padre: me encontré así con él en el bar de la Child Guidance y le pregunté si podía rastrear al padre e invitarlo a una sesión en presencia de los chicos. Alex se mostró casi incrédulo ante la propuesta y me confió con orgullo que sabía dónde se encontraba el depósito de los camiones en que trabajaba el padre. Este aceptó la invitación de Alex y a la semana siguiente se produjo el encuentro con los hijos. Le expliqué sumariamente la marcha de la terapia y las motivaciones que habían llevado a la propuesta de convocarlo.

Harold manifestó que había aceptado con gusto; se mostró muy afectuoso con los niños, aunque decididamente incómodo por su

largo silencio respecto de ellos. La última vez que los había visto era casi un año antes, cuando Alex aún no presentaba ninguna perturbación. Le hice presente que los niños ya habían examinado precedentemente algunas de sus expectativas respecto de él, y que estarían dispuestos a expresárselas directamente, si estaba de acuerdo. Harold se declaró decidido a comprometerse de un modo concreto y solicitó a los hijos que le presentaran sus aspiraciones. Se dedicaron entonces algunas sesiones a negociar juntos nuevas modalidades de encuentro, con el fin de consolidar el lazo afectivo entre padre e hijos. En el curso de éstas los dejé a menudo solos, porque me proponía subrayar con mi ausencia que el compromiso era entre ellos y no conmigo. La última sesión se dedicó exclusivamente a Harold y Bárbara: esta última había apreciado la participación del marido en las sesiones con los hijos y señalado que los había visto más contentos después de esos encuentros. Parecía aún escéptica sobre cuánto duraría el compromiso del marido, pero dio su consentimiento para llevar adelante el plan. Por mi parte, aun comprendiendo el escepticismo de Bárbara, di también apoyo al marido, que nunca en el pasado había asumido sus responsabilidades de un modo tan claro.

Volví a ver a la familia tres meses después de concluida la terapia, en una entrevista domiciliaria antes de que yo volviera a Italia, y un año después recibí una carta de Alex. La encopresis había desaparecido. Alex veía a su padre domingo por medio, cuando éste estaba de turno en el depósito de los camiones. Bárbara había encontrado un nuevo trabajo menos pesado y más remunerativo y seguía su relación amorosa, de la que había puesto al corriente tanto a Sandra como a Alex. El padre había cumplido los compromisos pactados con los hijos y se sentía muy gratificado por las visitas periódicas de Alex, al que estaba enseñando a reparar camiones.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. W.: "Child participation in family therapy", *Family Process*, 9, 1970, págs. 403-410.
- Alger, J.: "Audio-visual techniques in family therapy", en D. Block (comp.), *Techniques of family psychotherapy*, Nueva York, Grune & Stratton, 1973.
- Andolfi, M.: "Paradox in psychotherapy", *American Journal of Psychoanalysis*, 34, 1974, págs. 221-228.
- Andolfi, M.: "I fattori sociologici della farmacodipendenza dei giovani", *Difesa Sociale*, 3, 1975, págs. 3-32.
- Andolfi, M.: "A structural approach to a family with an encopretic child", *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 1978, págs. 25-29.
- Andolfi, M.: "Redefinition in family therapy", *American Journal of Family Therapy*, primavera, 1979.
- Andolfi, M. y Menghi, P.: "La prescrizione in terapia familiare: Parte prima", *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 4, 1976, págs. 434-456. (a)
- Andolfi, M. y Menghi, P.: "La terapia con la famiglia", *Neuropsichiatria infantile*, 180, 1976, págs. 487-498. (b)
- Andolfi, M. y Menghi, P.: "La prescrizione in terapia familiare: Parte seconda", *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 1, 1977, págs. 57-76.
- Andolfi, M., Stein, D. y Skinner, J.: "A system approach to the child, school, family and community in an urban area", *American Journal of Community Psychology*, diciembre de 1976.
- Anzilotti, J. y Giacometti, K.: "Presentation to the Italian translation of C. Whitaker, 'Psychotherapy of the absurd'", *Terapia Familiare*, 1, 1977, págs. 111-113.
- Aponte, H. J.: "Psychotherapy for the poor: An eco-structural approach to treatment", *Delaware Medical Journal*, marzo de 1974.
- Aponte, H. J.: "The family-school interview: An eco-structural approach", *Family Process*, 15, 1976, págs. 303-312.
- Auerswald, E. H.: "Interdisciplinary vs. ecological approach", *Family Process*, 7, 1968, págs. 202-215.
- Auerswald, E. H.: "Families, change and the ecological perspective", en A. Ferber, M. Mendelsohn y A. Napier (comps.), *The book of family therapy*, Nueva York, Science House, 1972.
- Barten, H. H. y Barten, S. S.: *Children and their parents in brief therapy*, Nueva York, Behavioral Publications, 1973.
- Basaglia, F.: *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1968.
- Bateson, G.: *Steps to an ecology of mind*, Nueva York, Ballantine Books, 1972.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J.: "Toward a theory of schizophrenia", *Behavioral Science*, 1, 1956, págs. 251-264.
- Bernstein, B.: "Language and social class", *British Journal of Sociology*, 11, 1960, págs. 271-276.

- Bertalanffy, L.: *General system theory*, Nueva York, George Braziller, 1969. [Hay versión castellana: *Perspectivas en la teoría general de sistemas*, Madrid, Alianza, 1978.]
- Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, J. (comps.): *Intensive family therapy*, Nueva York, Harper & Row, 1965.
- Bowen, M.: "The use of family theory in clinical practice", *Comprehensive Psychiatry*, 9, 1966.
- Cancrini, L.: *Bambini "diversi" a scuola*, Torino, Boringhieri, 1974.
- Cancrini, L.: Introducción a la edición italiana de J. Haley, *Strategies of psychotherapy*, [Le strategie della psicoterapia], Florencia, Sansoni, 1974.
- Cancrini, L., Andolfi, M., Angrisani, P., Cancrini, G., Coletti, M., Fioravanti, G., Malagodi Togliatti, M. y Marzot, A.: "Analisi del modello interattivo ed esperienze di terapia familiare", *L'Ospedale Psichiatrico*, 1972.
- Cancrini, L. y Malagodi Togliatti, M.: *Psichiatria e rapporti sociali*, Roma, Editori Riuniti, 1976.
- Duhl, F. J., Kantor, D. y Duhl, B. S.: "Learning, space and action in family therapy: A primer of sculpture", en D. Block (comp.), *Techniques of family psychotherapy*, Nueva York, Grune & Stratton, 1973.
- Dunlop, K.: "A revision of the fundamental law of habit formation", *Science*, 67, 1928, págs. 360-362.
- Eagle, C. J. y Ray, D.: "The problem-solving group: A quadripartite system approach to school behavior problems", trabajo presentado en la 49a. reunión anual de la American Orthopsychiatric Association, abril 1972.
- Ekman, P., Sorenson, R. y Friesen, W. V.: "Pan-cultural elements in facial displays of emotion", *Science*, 164, 1969.
- Ferber, A., Mendelsohn, M. y Napier, A. (comps): *The book of family therapy*, Nueva York, Science House, 1972.
- Frankl, V. E.: *The doctor and the soul*, Nueva York, Knopf, 1957.
- Glick, D. y Haley, J.: *Family therapy and research. An annotated bibliography of articles and books published 1950-1970*, Nueva York, Grune & Stratton, 1971.
- Goffman, E.: *Behavior in public places*, Glencoe, Ill., Free Press, 1963.
- Guerin, J. P. (comp.): *Family therapy: Theory and practice*, Nueva York, Gardner Press, 1976.
- Haley, J.: "Paradoxes in play, fantasy and psychotherapy", *Psychiatric Research Reports*, 2, 1955, págs. 52-58.
- Haley, J.: *Strategies of psychotherapy*, Nueva York, Grune & Stratton, 1963. [Hay versión castellana: *Estrategias en psicoterapia*, Madrid, Toray, 1967.]
- Haley, J. (comp.): *Changing families*, Nueva York, Grune & Stratton, 1971.
- Haley, J.: *Uncommon Therapy*, Nueva York, Norton, 1973.
- Haley, J.: "Why a mental health clinic should avoid family therapy?", *Journal of Marriage and Family Counseling*, enero de 1975.
- Haley J.: *Problem-solving therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1976.
- Haley J. y Hoffman, L.: *Techniques of family therapy*, Nueva York, Basic Books, 1967. [Hay versión castellana: *Técnicas de terapia familiar*, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.]

- Hall, E. T.: *The hidden dimension*, Garden City, N. Y., Doubleday, 1966.
- Hochmann, J.: *Pour une psychiatrie communautaire*, París, Editions du Seuil, 1971.
- Hoffman, L.: "Deviation-amplifying process in natural groups", en J. Haley (comp.), *Changing families*, Nueva York, Grune & Stratton, 1971.
- Hollingshead, A. y Redlich, F.: *Social class and mental illness*, Nueva York, Wiley, 1958.
- Horney, K.: *The neurotic personality of our time*, Nueva York, Norton, 1964. [Hay versión castellana: *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*, Barcelona, Paidós Ibérica, 1981.]
- Jackson, D. D.: "A suggestion for the technical handling of paranoid patients", *Psychiatry*, 25, 1963, págs. 306-307.
- Jervis, G.: *Manuale critico di psichiatria*, Milán, Feltrinelli, 1975.
- Kaffman, M.: "Short-term family therapy", *Family Process*, 2, 1963, págs. 216-234.
- Laing, R.: *The politics of the family*, Toronto, CBC Publications, 1969. [Hay versión castellana: *El cuestionamiento de la familia*, Buenos Aires, Paidós, 1977.]
- Laing, R. y Esterson, A.: *Sanity madness and the family*, Londres, Tavistock Publications, 1964.
- Laquer, H. P.: "Multiple family therapy and general systems theory", en N. Ackerman (comp.), *Family therapy in transition*, Boston, Little Brown, 1970.
- Lévi-Strauss, C.: *Razza e storia e altri studi di antropologia*, Turín, Einaudi, 1967.
- Lewis, O.: *La vida*, Nueva York, Vintage Books, 1968.
- Menghi, P.: "Terapia familiare: Valutazioni critiche di una metodologia di intervento", *La Rivista di Servizio Sociale*, 2, 1976, págs. 36-42.
- Minuchin, S.: "The use of an ecological framework in the treatment of a child", en J. Anthony y C. Koupernik (comps.), *The child in his family*, Nueva York, Wiley & Sons, 1970.
- Minuchin, S.: *Families and family therapy*, Cambridge, Harvard University Press, 1974.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guernsey, B. J. R., Rosman, B. y Shumer, F.: *Families of the slums*, Nueva York, Basic Books, 1967.
- Montagu, A.: *Touching*, Nueva York, Harper & Row, 1972.
- Montalvo, B.: "Aspects of live supervision", *Family Process*, 12, 1973, págs. 343-360.
- Montalvo, B. y Haley, J.: "In defense of child therapy", *Family Process*, 12, 1973, págs. 227-244.
- Nicoló, A. M.: "Tecniche di azione in terapia familiare: La scultura", *Neuropsichiatria Infantile*, 190, 1977, págs. 421-441.
- Papp, P.: "Sculpting and commentary", *The Family*, 1, 1973, págs. 44-47.
- Papp, P., Silverstein, O. y Carter, E.: "Family sculpting in preventive work with well families", *Family Process*, 12, 1973, págs. 197-212.

- Parsons, T. y Bales, R.: *Family, socialization and interaction process*, Glencoe, Ill., Free Press, 1955.
- Rosen, J.: *Direct analysis*, Nueva York, Grune & Stratton, 1953.
- Sager, C. y Singer Kaplan, H.: *Progress in group and family therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1972.
- Schefflen, A.: *Body language and the social order*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1972.
- Selvini Palazzoli, M.: "Contesto e metacontesto nella psicoterapia della famiglia", *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 3, 1970, págs. 203-211.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G.: *Paradox and counterparadox*, Nueva York, Aronson, 1978.
- Selvini Palazzoli, M. y otros: *Il mago smagato*, Milán, Feltrinelli, 1976.
- Skolnick, A. y Skolnick, J.: *The family in transition*, Boston, Little Brown, 1971.
- Sluzki, C. E.: "The coalitionary process in initiating family therapy", *Family Process*, 14, 1975, págs. 67-78.
- Sluzki, C. E. y Ranson, D. C. (comps.): *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family*, Nueva York, Grune & Stratton, 1976.
- Sluzki, C. E. y Verón, E.: "The double bind as a universal pathogenic situation", *Family Process*, 10, 1971, págs. 397-417.
- Speck, R. y Attneave, C.: *Family networks*, Nueva York, Pantheon Books, 1973.
- Speer, D. C.: "Family systems: Morphostasis or morphogenesis, or, is homeostasis enough?", *Family Process*, 3, 1970, págs. 259-278.
- Vogel, E. F. y Bell, N.: *A modern introduction to the family*, Nueva York, Free Press, 1960.
- Walrond-Skinner, S.: *Family therapy*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1976.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. D.: *Pragmatica della Comunicazione umana*, Nueva York, Norton, 1967.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R.: *Change*, Nueva York, Norton, 1974.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A.: "Brief therapy: focused problem resolution", *Family Process*, 13, 1974, págs. 141-168.
- Whitaker, C.: "Psychotherapy of the absurd: with a special emphasis on the psychotherapy of aggression", *Family Process*, 14, 1975, págs. 1-16.
- Wittgenstein, L.: *Remarks on the foundations of mathematics*, Oxford, Basil Blackwell, 1956.
- Wynne, L., Ryckoff, M., Day, J. y Hirsch, S.: "Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics", *Psychiatry*, 21, 1958, págs. 205-220.
- Zuk, G. y Boszormenyi-Nagy, L.: *Family therapy and disturbed families*, Palo Alto, Ca., Science and Behavior Books, 1969.